

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

IMPACTS NEUROPSYCHOLOGIQUES D'UN ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE, SELON
QU'IL S'ACCOMPAGNE OU NON D'UN TRAUMATISME
CRANIO-CÉRÉBRAL LÉGER CONCOMITANT

THÈSE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
HÉLÈNE PINEAU

MAI 2011

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Ce travail de recherche n'aurait pas été possible sans la contribution de précieux-ses collaborateurs-trices que je tiens à remercier personnellement. Parmi ceux-ci, les victimes de traumatisme physique ou psychologique qui, malgré leurs symptômes envahissants, ont donné généreusement de leur temps et de leur énergie pour participer à ce projet et ainsi permettre de mieux comprendre leurs difficultés afin de mieux leurs venir en aide.

Je tiens également à remercier les assistants-es de recherche ; Guillaume FolDebusques, Geneviève Gauthier, Marie-Thérèse Hernandez, Vedrana Ikić, Catherine Otis, Marie-Julie Potvin, Geneviève Sénécal, Sophie Simard et Édith St-Jean, pour leur rigueur et professionnalisme de tous les instants, exercés dans le plaisir et la complicité, même à travers les étapes plus difficiles du projet.

Merci également aux coordonnatrices du Centre d'Étude du Trauma, Christiane Fortier et Mélissa Rinaldi, pour leur dévouement constant face à tous ces petits détails techniques et cliniques permettant la concrétisation d'un projet de recherche, sans tracas. Remerciements également à Jean Bégin et Dominique Villeneuve, pour leur précieuse expertise et leurs conseils statistiques communiqués avec simplicité.

Parmi les autres collaborateurs, je remercie le Dr. Stéphane Guay, directeur du Centre d'Étude sur le Trauma (CET) de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, qui m'a offert le grand privilège de collaborer avec lui et son équipe et d'approfondir mon expertise théorique et clinique auprès des victimes de traumatismes psychologiques.

Ce travail de recherche n'aurait certes jamais vu le jour sans la détermination et le soutien exceptionnels du Dr. André Marchand, directeur de thèse et co-directeur du Centre d'Étude du Trauma. Son appui indéfectible et ses constants encouragements ont été tout aussi déterminants pour mener à ce travail à terme que ses critiques toujours constructives. Ce chercheur, unanimement apprécié de ses étudiants-es et collaborateurs-trices, sait conjuguer de façon remarquable la rigueur du chercheur avec la sensibilité du clinicien et le talent de communicateur d'un bon professeur... avec, en boni, un humour taquin, heureusement pour nous, incorrigible ! Je souhaite sincèrement que l'amitié développée au cours des dernières années se poursuive à travers de prochaines collaborations... et/ou échanges de bonnes adresses dans le domaine du plein-air !

Finalement, je tiens à remercier François, mon Grand Amour et Complice de Vie, qui a su transformer ces années de travail exigeantes au plan personnel en riches moments d'échanges dans le domaine de la traumatologie, de voyages passionnants et de grands petits bonheurs au quotidien ! À ce compagnon de tous les instants, je tiens à témoigner spécialement toute ma gratitude pour son soutien, essentiel lors de ces trop longs jours et nuits blanches qui ont ponctué des étapes de deuils éprouvantes, suite au décès de mes parents, au cours des dernières années durant lesquelles se déroulait cette recherche.

Je tiens d'ailleurs à dédier cette thèse à mes parents aimés, René et Antonia, en hommage à leur curiosité insatiable et leur persévérance exceptionnelle qu'ils ont démontrées dans tous leurs projets de vie, qui ont été un exemple à suivre dans ma propre vie. J'espère à mon tour pouvoir léguer ce précieux héritage à ma petite Camille, immense cadeau reçu de la vie l'an dernier, qui m'a donné tout le courage et l'énergie pour finaliser ce projet... et à qui je pourrai désormais consacrer tout ce temps qui m'a trop manqué au cours de ce projet passionnant mais exigeant.

La réalisation de cette thèse a été rendue possible grâce à l'obtention d'une subvention du Fonds de Recherche en Santé du Québec (Programme conjoint FRSQ-AÉRD PQ-AQESS - # 9953).

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|------|
| LISTE DES FIGURES..... | x |
| LISTE DES TABLEAUX..... | xi |
| LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES | xii |
| RÉSUMÉ | xiii |
| CHAPITRE I | |
| CONTEXTE GÉNÉRAL | 1 |
| 1.1 Mise en contexte | 2 |
| 1.1.1 Définitions cliniques | 2 |
| 1.1.2 L'état de stress post-traumatique: un défi pour les psychologues et neuropsychologues cliniciens | 4 |
| 1.1.3 Étude des plaintes et difficultés neuropsychologiques objectives chez des populations ESPT et TCCL | 5 |
| 1.2 Importance clinique et théorique de la caractérisation des troubles neuropsychologiques subjectifs et objectifs des populations ESPT et TCCL | 6 |
| 1.2.1 Utilité limitée des nomenclatures diagnostiques psychiatriques dans la caractérisation de l'ESPT et du TCCL | 7 |
| 1.2.2 Évolution interdisciplinaire de la recherche en neurotraumatologie..... | 10 |
| 1.3 Objectifs de la recherche | 10 |
| 1.4 Méthodologie | 11 |
| 1.4.1 Contrôle des facteurs de comorbidités et d'antécédents médicaux | 11 |
| 1.4.2 Mesures de plaintes et de rendement neuropsychologique | 11 |
| 1.4.3 Établissement du diagnostic chez les groupes cliniques à l'étude | 12 |
| 1.4.4 Validation indépendante par un proche et ajout d'une mesure subjective d'impact de la fatigue | 12 |
| 1.4.5 Introduction d'un groupe contrôle sans antécédent médical ou psychologique..... | 12 |

| | | |
|-------------|---|----|
| 1.5 | Contenu de la thèse | 13 |
| CHAPITRE II | | |
| | ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ET ATTEINTES NEUROLOGIQUES : ÉTAT DES CONNAISSANCES ACTUELLES | 16 |
| | Résumé..... | 17 |
| | Importance de la comorbidité neurologique sur le diagnostic et la prévalence de l'ESPT | 19 |
| | Exemples de symptômes de la condition neurologique potentiellement confondus avec ceux de la condition psychologique | 20 |
| | Comportements d'évitement | 20 |
| | Hyperactivité neurovégétative | 21 |
| | Les difficultés de concentration : origine neurologique ou psychologique ?..... | 23 |
| | Apport de la neuropsychologie clinique dans l'évaluation de l'ESPT | 24 |
| | Prévalence de l'ESPT chez les victimes présentant un traumatisme crânio-cérébral..... | 26 |
| | Évolution des symptômes d'ESPT en présence d'un TCC léger | 28 |
| | Évolution des symptômes d'ESPT en présence d'un TCC d'intensité sévère..... | 30 |
| | Hypothèse actuelles concernant les mécanismes de production de symptômes lors d'une amnésie d'origine organique..... | 31 |
| | Amnésie partielle de l'événement : îlots de souvenirs | 31 |
| | Amnésie complète de l'événement : reconstruction du souvenir..... | 33 |
| | Accès implicite aux souvenirs : le contexte comme facteur de réactivation..... | 33 |
| | Accès différé aux souvenirs en raison de la condition neurologique : l'ESPT différé | 34 |
| | Révision des critères du DSM-IV | 35 |
| | Une nécessité pour les populations avec comorbidités ? | 35 |
| | Pertinence d'inclure un ESPT partiel ou sous-clinique ? | 37 |
| | Comorbidité et ESPT comme facteurs mutuels de maintien des Symptômes..... | 37 |

| | |
|---|----|
| L'ESPT peut-il accentuer les symptômes post-commotionnels du TCC et inversement ?..... | 38 |
| ESPT et douleurs : facteurs de maintien mutuel de la symptomatologie..... | 39 |
| Efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale pour l'ESPT..... | 40 |
| Pistes de recherches futures | 43 |
| Références | 46 |
| CHAPITRE III | |
| SPECIFICITY OF COGNITIVE AND BEHAVIOURAL COMPLAINTS IN POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER AND MILD TRAUMATIC BRAIN INJURY | |
| (ARTICLE I)..... | 54 |
| Résumé..... | 56 |
| Abstract | 57 |
| Objectives..... | 60 |
| Research Questions | 61 |
| Method | 61 |
| Participants..... | 61 |
| Language and litigation..... | 62 |
| Exclusion criteria | 63 |
| Procedure | 63 |
| Assessment..... | 64 |
| Psychological condition | 64 |
| Assessment of cognitive and behavioural complaints..... | 65 |
| Results | 66 |
| Statistical analyses | 66 |
| Control and clinical variables..... | 67 |
| Primary and secondary diagnoses | 69 |
| Complaints according to research question..... | 70 |
| Multiple regression analyses | 77 |

| | |
|--|----|
| Discussion | 78 |
| Differences in intensity and specificity of cognitive and behavioural complaints in PTSD and MTBI groups (Question 1) | 78 |
| Cumulative effect of MTBI and PTSD (Question 2) | 80 |
| External validation of symptoms by relatives (Question 3) | 80 |
| Alternative explanations..... | 81 |
| Clinical and research considerations | 82 |
| Strenghts and limitations of study | 83 |
| Future considerations and clinical implications | 83 |
| Conclusion | 84 |
| Références | 85 |
| CHAPITRE IV | |
| OBJECTIVE NEUROPSYCHOLOGICAL DEFICITS IN POST- TRAUMATIC STRESS DISORDER AND MILD TRAUMATIC BRAIN INJURY: WHAT REMAINS BEYOND SYMPTOMS SIMILARITY ? | |
| (ARTICLE II)..... | 90 |
| Résumé..... | 91 |
| Abstract | 92 |
| Studies of cognitive problems in PTSD populations..... | 93 |
| Studies of cognitive problems in MTBI populations | 94 |
| Studies of cognitive problems in individuals with double diagnoses (MTBI and PTSD)..... | 95 |
| Objectives of the present study | 95 |
| Hypotheses | 96 |
| Method | 96 |
| Inclusion criteria | 96 |
| Language and litigation..... | 97 |
| Exclusion criteria | 97 |

| | |
|---|-------------|
| | viii |
| Procedure | 98 |
| Assessment..... | 98 |
| Psychological condition | 98 |
| Neuropsychological evaluation | 99 |
| Results | 100 |
| Statistical analysis | 100 |
| Primary and secondary psychological diagnoses | 101 |
| Control and clinical variables..... | 101 |
| Subjective impact of fatigue..... | 103 |
| Neuropsychological results | 104 |
| Stroop task..... | 106 |
| Digit symbol task | 108 |
| California Verbal Learning Test | 108 |
| Verbal Fluency Task | 110 |
| Pearson's Correlations | 110 |
| Discussion | 111 |
| Partial confirmation of the first two hypotheses | 111 |
| Partial confirmation of the third hypothesis (cumulative effect of the two conditions..... | 111 |
| Alternative explanation: Interaction effect rather than cumulative effect ? | 112 |
| Alternative explanation: Differences in elapsed time since the trauma ? | 113 |
| Primary and secondary psychological diagnoses in clinical samples | 113 |
| The impact of fatigue on cognitive functioning | 114 |
| Results of the current study, in the context of the existing literature | 115 |
| Conclusion | 117 |
| Références | 118 |
| CHAPITRE V DISCUSSION GÉNÉRALE | 121 |

| | | |
|-------|---|-----|
| 5.1 | Résultats généraux des deux articles de thèse | 122 |
| 5.2 | Caractérisation des plaintes en fonction des résultats neuropsychologiques obtenus | 124 |
| 5.2.1 | Groupe avec ESPT | 124 |
| 5.2.2 | Groupe TCCL/ESPT | 126 |
| 5.2.3 | Groupe TCCL..... | 127 |
| 5.3 | Forces et limites méthodologiques des études | 128 |
| 5.4 | Apport des résultats obtenus | 129 |
| 5.4.1 | Au plan théorique | 129 |
| 5.4.2 | Au plan du diagnostic..... | 130 |
| 5.4.3 | Au plan du traitement | 131 |
| 5.4.4 | Illustration de la démarche par un cas fictif | 134 |
| 5.5. | Utilité des résultats dans la pratique clinique..... | 138 |
| 5.5.1 | Du point de vue du clinicien en trauma psychologique..... | 138 |
| 5.5.2 | Du point de vue du clinicien en neuro-traumatologie | 139 |
| | CONCLUSION GÉNÉRALE | 140 |
| | APPENDICE A | |
| | FORMULAIRES DE CONSENTEMENT | 142 |
| | APPENDICE B | |
| | PROTOCOLE D'ÉVALUATION DE LA CONDITION PSYCHOLOGIQUE | 143 |
| | APPENDICE C | |
| | PROTOCOLE D'ÉVALUATION NEUROPSYCHOLOGIQUE | 144 |
| | BIBLIOGRAPHIE | 145 |

LISTE DES FIGURES

| Figure | Page |
|--|------|
| CHAPITRE III | |
| 1 Example of most frequent responses to CFQ (“often” and “very often”)..... | 71 |
| 2 The three most common changes reported by clinical groups on FrsBe..... | 75 |
| CHAPITRE V | |
| 3 Exemple d’une démarche de contextualization des symptômes lors des symptômes de trauma lors de l’évaluation initiale et du traitement | 133 |

LISTE DES TABLEAUX

| Tableau | Page |
|--|------|
| CHAPITRE III | |
| 1 Summary of clinical and control variables | 68 |
| 2 Participants' self and relatives' FrSbe scores | 73 |
| 3 Results on the Fatigue Impact Scale (FIS)..... | 77 |
| CHAPITRE IV | |
| 1 Summary of Control and Clinical Variables..... | 102 |
| 2 Results on the Fatigue Impact Scale (FIS)..... | 103 |
| 3 Summary of Clinical Group Results on all Neuropsychological Tasks | 105 |
| 4 Completion Time in Seconds on <i>Stroop Task</i> (raw scores)..... | 106 |
| 5 Results on <i>California Verbal Learning Task (CVLT-II)</i> | 109 |
| 6 <i>Verbal Fluency Task</i> Scores | 110 |

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

| | |
|-----------|--|
| ACV | Accident Cérébro-Vasculaire |
| APT | Amnésie Post-Traumatique |
| Beck-II | Beck Depression Inventory (Version II) |
| CAPS | Clinical Administered PTSD Scale |
| CFQ | Cognitive Failure Questionnaire |
| CVA | Cerebro-Vascular Accident |
| CVLT-II | California Verbal Learning Test – Version II |
| ÉSA | État de Stress Aigu |
| ESPT | État de Stress Post-Traumatique |
| FIS | Fatigue Impact Scale |
| FrSBe | Frontal Systems Behaviour Scale |
| IED | Improvised Explosive Device |
| IES-R | Impact of Event Scale-Revised |
| MTBI | Mild Traumatic Brain Injury |
| MTBI/PTSD | Mild Traumatic Brain Injury with concomitant Post-Traumatic Stress Disorder |
| PCS | Post-Concussion Syndrome |
| PTSD | Post-Traumatic Stress Disorder |
| SCID | Structured Clinical Interview for DSM-IV |
| SPC | Syndrome Post-Commotionnel |
| STAI | State-Trait Anxiety Inventory |
| TCCL | Traumatisme Cranio-Cérébral Léger |
| TCCL/ESPT | Personne présentant un diagnostic de Traumatisme Cranio-Cérébral Léger et d'État de Stress Post-Traumatique concomitant |
| TCCom | Thérapie Cognitivo-Comportementale |
| WAIS-III | Weschler Adult Intelligence Scale – Version III |

RÉSUMÉ

La recherche vise à mieux caractériser les troubles neuropsychologiques subjectifs et objectifs des personnes présentant un État de Stress Post-Traumatique (ESPT), selon que cette condition s'accompagne ou non d'un Traumatisme Cranio-Cérébral Léger (TCCL) concomitant. Il est de plus en plus reconnu qu'au-delà des symptômes partagés par ces deux populations cliniques existent des particularités au plan sémiologique. Afin de mieux comprendre les impacts de ces deux conditions, considérées de façon isolée ou concomitante, trois groupes cliniques présentant soit un ESPT, un TCCL, ou les deux conditions simultanément sont invités à participer à une évaluation neuropsychologique exhaustive visant à dresser un bilan de leurs capacités exécutives, attentionnelles et mnésiques. Des questionnaires subjectifs de plaintes cognitives et comportementales relatives à des changements constatés par les participants et leurs proches sont également inclus dans la recherche. La comorbidité médicale et psychologique est contrôlée le plus possible afin d'éliminer les facteurs confondants, qui sont nombreux chez ces populations.

La nécessité de considérer les multiples facteurs de comorbidités associées à l'ESPT et au TCCL, tant dans un contexte diagnostique que thérapeutique, constitue un pré-requis essentiel pour une meilleure caractérisation de la nature et des impacts spécifiques de chacune de ces conditions au niveau comportemental et cognitif. En effet, en regard des plaintes comportementales et cognitives documentées lors de la première étude, les résultats suggèrent que les individus atteints d'ESPT se plaignent davantage de troubles d'attention, de mémoire et de dysfonctionnement exécutif, mais qu'étant donné la forte comorbidité anxieuse et dépressive documentée chez les groupes avec ESPT, on ne peut isoler la contribution exacte des symptômes comorbides à ces plaintes. Concernant les difficultés neuropsychologiques objectivées, les résultats soulignent des troubles attentionnels plus importants chez le groupe avec ESPT et chez celui avec TCCL/ESPT que chez le groupe avec TCCL exclusif. Ces troubles d'attention prennent la forme d'un ralentissement du traitement de l'information en contexte d'attention divisée ou d'interférence attentionnelle avec tendance à auto-corriger davantage les réponses produites. Seul le groupe avec double diagnostic présente, en plus des difficultés attentionnelles, un rappel différé déficient d'informations en mémoire à long terme verbale. Puisque les symptômes d'ESPT sont d'intensité légère chez le groupe avec TCCL/ESPT, mais que ce dernier présente, à l'instar du groupe ESPT, des symptômes dépressifs et anxieux importants, une interaction entre la condition de TCCL et les symptômes comorbides (d'ESPT, de dépression et d'anxiété) est invoquée pour expliquer cette plus faible performance à l'épreuve de mémorisation. Une autre explication possible est la récurrence plus grande du trauma chez le groupe avec double diagnostic.

La thèse se divise en cinq chapitres. Après une mise en contexte illustrant le défi diagnostique et clinique que représente l'ESPT, surtout lorsqu'il s'accompagne d'un TCCL (Chapitre I), une analyse de la littérature décrivant les problèmes posés par la similarité clinique entre les deux conditions est présentée au Chapitre II. Les profils de plaintes cognitives et comportementales recueillis auprès de chacun des groupes et leur proche depuis le trauma sont présentés et discutés au Chapitre III. Suivent ensuite les résultats obtenus par les mêmes groupes cliniques aux épreuves neuropsychologiques objectives (Chapitre IV).

Finalement, une discussion des principaux résultats est présentée au dernier chapitre en fonction des différentes hypothèses ou questions de recherche formulées initialement. Le Chapitre V discute certaines implications des résultats au plan clinique à travers une vignette clinique illustrant une démarche de remise en contexte des symptômes apparentés entre les conditions d'ESPT et d'autres conditions comorbides. Cette démarche vise à mieux cerner les manifestations de symptômes d'ESPT tant au moment de l'évaluation qu'au cours du traitement afin de tenter de départager l'influence d'autres facteurs comorbides pouvant être présents et interagir avec l'ESPT, telle une condition médicale ou psychologique concomitante.

En conclusion, les résultats de l'étude soulignent l'importance de contrôler les facteurs de comorbidité médicale, neurologique et psychologique chez les groupes présentant des symptômes d'ESPT. Ceci afin de mieux caractériser la contribution de cette condition aux plaintes et difficultés neuropsychologiques objectivées puisque d'autres conditions médicales ou psychologiques peuvent participer à ces troubles en raison de symptômes confondus avec l'ESPT au plan clinique.

Mots clés : État de stress post-traumatique, Traumatisme cranio-cérébral Léger, évaluation neuropsychologique, troubles cognitifs, symptômes post-commotionnels.

CHAPITRE I

CONTEXTE GÉNÉRAL

CHAPITRE I

CONTEXTE GÉNÉRAL

1.1 Mise en contexte

Plusieurs événements à caractère traumatique peuvent entraîner des séquelles psychologiques importantes : le combat militaire, les agressions personnelles violentes (à caractère sexuel, attaque physique, vol), le fait d'être pris en otage, les attaques terroristes, la torture, l'incarcération en tant que prisonnier de guerre dans un camp de concentration, les catastrophes naturelles ou d'origine humaine, les accidents de voiture graves, les incendies/explosions entraînant des brûlures corporelles ou même le fait de recevoir le diagnostic d'une maladie mettant en jeu le pronostic vital. Parmi les séquelles psychologiques fréquentes occasionnées par ces événements, on retrouve l'État de Stress Post-Traumatique (ESPT) qui résulte d'une réaction de stress psychologique intense perturbant le fonctionnement psychologique et social de la personne. À cette perturbation d'origine psychologique, peut également s'ajouter des séquelles physiques, tel que le Traumatisme Cranio-Cérébral Léger (TCCL) qui représente plus des 80% des TCC subit en Amérique du Nord (Carroll, Cassidy, Peloso, & al., 2004).

1.1.1 Définitions cliniques

L'ESPT et le TCCL sont deux conditions cliniques définies dans le DSM-IV-TR (2000) qui partagent une sémiologie clinique partiellement commune. L'ESPT réfère à une réaction de stress psychologique sévère suite au fait d'être exposé ou témoin d'un événement menaçant l'intégrité physique ou psychologique de soi ou d'autrui. Cinq catégories de symptômes composent les critères diagnostiques. La première catégorie (Critère A)

comprend un premier élément impliquant que la personne ait vécu ou ait été témoin d'un événement durant lequel des individus ont pu mourir ou être gravement blessés ou menacés de mort ou durant lequel son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée. Le second élément du Critère A stipule que la réaction de la personne à l'événement doit comprendre une peur intense, un sentiment de désespoir ou d'horreur. La seconde (Critère B) réfère aux symptômes de reviviscences de l'événement sous forme d'intrusions (ou *flashbacks*) involontaires ou de cauchemars. Le troisième critère diagnostique (Critère C) comprend l'évitement de certaines situations (pensées ou émotions) associées réellement ou symboliquement à l'événement traumatique avec émoussement de la réactivité générale. Finalement, la quatrième catégorie de symptômes (Critère D) comprend des réactions d'hyperactivité neuro-végétative ou hyper-éveil qui prennent la forme d'hypervigilance excessive à l'environnement, de sursauts, d'irritabilité, de difficultés de concentration, d'endormissement ou de sommeil interrompu. Le DSM mentionne également parmi les critères diagnostiques (Critère F) la nécessité que ces symptômes aient un impact au plan fonctionnel, soit dans la sphère personnelle ou psychosociale.

Le TCCL est le résultat d'un impact physique direct ou indirect à la boîte crânienne ou au cerveau suite à un phénomène d'accélération-décélération brutal (p. ex., lors d'un accident, d'une chute) ou d'un coup à la tête. Le consensus médical international actuel concernant les critères diagnostiques inclut la présence d'un impact physique (direct) à la tête ou au cerveau (indirect), d'une perte ou altération de l'état de conscience de moins de 30 minutes et d'une amnésie post-traumatique (c.-à-d., une période où l'enregistrement des souvenirs des événements n'est plus continu en mémoire) d'une durée de moins de 24 heures. Les symptômes physiques et psychologiques pouvant découler de cet impact cranio-cérébral réfère à ce qui est traditionnellement appelé le « Syndrome Post-Commotionnel » (SPC), bien que cette terminologie tend de plus en plus à être remplacée par le terme TCCL. Parmi les symptômes possibles découlant de cet état, on retrouve des maux de tête, des étourdissements accompagnés de nausées, des troubles du sommeil, de la fatigue, de l'irritabilité ainsi que des plaintes au niveau de l'attention et de la mémoire. Comme on peut le constater, ce sont surtout ces derniers symptômes (les troubles du sommeil, l'irritabilité et les troubles cognitifs)

qui rappellent ceux de l'ESPT et peuvent être confondus avec eux lorsqu'il y a présence des deux conditions simultanément.

1.1.2 L'état de stress post-traumatique : un défi pour les psychologues et neuropsychologues cliniciens

Les psychologues cliniciens-nes oeuvrant auprès d'individus présentant un ESPT sont confrontés régulièrement aux plaintes de leurs clients-es concernant des difficultés à se concentrer et à se souvenir d'informations dans leur vie quotidienne. Peu d'études ont tenté de documenter de façon plus spécifique et empirique la nature exacte de ces plaintes subjectives chez cette population clinique et d'établir des relations avec des données cognitives ou comportementales indépendantes et objectives. Par exemple, on ignore quelles sont les plaintes les plus dominantes et incommodantes, si elles se traduisent par des comportements observables par les proches, ou encore si leur intensité dépend de la sévérité des symptômes de trauma. Qu'en est-il de l'impact de la comorbidité psychologique secondaire fréquemment associée aux symptômes de trauma, tels que le trouble panique ou la dépression? Cette comorbidité participe-t-elle ou module-t-elle les plaintes cognitives et comportementales au-delà de l'impact des symptômes post-traumatiques en tant que tels? Pour le moment, ces questions demeurent entières étant donné le peu de données empiriques ou expérimentales dont on dispose pour y répondre.

Dans le domaine de la neurotraumatologie la situation se complique encore davantage lorsqu'à un diagnostic de TCCL s'ajoute, par exemple, celui de stress post-traumatique subi lors de l'événement traumatisant. Cette situation s'explique par la similarité sémiologique des deux conditions cliniques. Tel que décrit précédemment, l'irritabilité, les troubles d'attention et de mémoire, la fatigue et les problèmes de sommeil constituent en effet des symptômes fréquemment rencontrés tant dans le contexte d'un SPC que d'un ESPT. La symptomatologie de SPC se manifeste chez une proportion toutefois plus limitée de personnes avec TCCL, proportion qu'on estime entre 15 et 20 %. Lorsque le client présente les deux conditions simultanément (TCCL et ESPT), le ou la neuropsychologue pourra être tentée de référer dans un premier temps son client vers une ressource spécialisée dans le traitement du trauma psychologique afin de tenter de réduire l'effet de cette condition sur le

bilan cognitif objectivé à l'évaluation neuropsychologique. Chez les deux groupes cliniques cependant, il n'y a pas de consensus à l'heure actuelle sur la nature et l'intensité des changements cognitifs et comportementaux compte tenu de facteurs méthodologiques insuffisamment contrôlés dans plusieurs des études qui peuvent participer aux difficultés objectivées à l'évaluation neuropsychologique.

1.1.3 Étude des plaintes et difficultés neuropsychologiques objectives chez des populations ESPT et TCCL

Les quelques études ayant tenté de préciser la nature des plaintes chez des groupes ESPT (p. ex., Biddle, Elliott, Creamer, Forbes & Devilly, 2002) et TCCL (p. ex., Vanderploeg, Heather, Bélanger & Curtiss, 2009), dont certaines incluaient un sous-groupe présentant les deux conditions concomitantes, concluent à un effet « modulateur » (p. ex., Hoge, McGurk, Thomas, Cox, Engel & Castro, 2008) ou encore « cumulatif » (Vanderploeg *et coll.*, 2009) des effets respectifs de chacune des conditions, accentuant ou modifiant la nature ou l'intensité des symptômes cliniques rapportés ou observables.

Par ailleurs, la comorbidité psychologique, pourtant relativement importante chez ces deux populations suite à l'événement, telle que la dépression et l'anxiété par exemple, semble étonnamment peu contrôlée dans plusieurs de ces études. Même constat concernant les antécédents médicaux (p. ex., TCCL dans le passé, histoire d'abus d'alcool, condition cardio ou cérébro-vasculaire) ou développementaux (p. ex., troubles déficitaires de l'attention ou troubles d'apprentissage) dont le contrôle apparaît faible ou inexistant dans la majorité de ces études. Or, ces conditions peuvent participer à la fois aux plaintes, mais également aux données neuropsychologiques déficitaires objectivées chez ces populations au-delà de la contribution respective des symptômes émotionnels ou comportementaux de l'ESPT ou du TCCL.

Une troisième faiblesse méthodologique relevée dans les études portant soit sur les plaintes ou le fonctionnement cognitif objectif de ces populations est la variabilité et le manque de rigueur des méthodes utilisées pour établir soit le diagnostic d'ESPT (p. ex., à partir de questionnaires auto-rapportés) ou celui du TCCL (p. ex., demander à des soldats «

s'ils pensent avoir perdu conscience lors des combats » parfois plusieurs mois sinon années suivant les opérations militaires).

Enfin, seulement deux études tentent de distinguer les plaintes chez des groupes ESPT et TCCL (p. ex., Vanderploeg *et coll.*, 2009; Hoge *et coll.*, 2008) et une seule vise à objectiver des troubles cognitifs chez des échantillons TCCL pouvant présenter une comorbidité psychologique d'ESPT, établie cependant à partir de questionnaires auto-rapportés (Stulemeijer, Vos, Bleijenberg, VanderWerf, 2007). La complexité des interactions entre les conditions d'EPST et de TCCL explique probablement ces lacunes méthodologiques, sans compter que le contrôle de ces facteurs dans les recherches entraîne nécessairement une perte expérimentale importante au niveau des échantillons admissibles. Ajoutons à cela le fait que les outils validés à la fois chez ces deux populations concernant les plaintes comportementales ou cognitives sont pour la plupart inexistantes à l'heure actuelle, ce qui ordonne une certaine réserve au niveau de l'interprétation des résultats obtenus.

1.2 Importance clinique et théorique de la caractérisation des troubles neuropsychologiques subjectifs et objectifs des populations ESPT et TCCL

L'importance de la caractérisation des troubles subjectifs et objectifs chez les deux populations, malgré les difficultés qu'elle comporte, se situe tant au niveau de la précision du diagnostic à établir qu'à celui de la prise en charge thérapeutique de ces clientèles traumatisées, aussi bien civiles que militaires. Par exemple, les récentes données épidémiologiques issues des populations de militaires américains déployés en Afghanistan et en Iraq depuis 2001 illustrent les défis cliniques auxquels font face les cliniciens et les gestionnaires de soins de services aux États-Unis seulement. Ainsi, les données épidémiologiques du récent rapport RAND (2008) concernant les blessures subies par les 1.64 million d'Américains de retour d'Iraq et d'Afghanistan estiment à 300 000 environ la proportion de vétérans souffrant d'un ESPT ou d'une dépression majeure et à 320 000 le nombre d'individus ayant subi un TCCL probable durant ces opérations. Une meilleure compréhension des manifestations cliniques de l'ESPT et du TCCL, ainsi que de leur interaction, apparaît essentielle tant au niveau de la précision de la démarche diagnostique qu'au niveau de l'élaboration d'un plan de traitement approprié qui tienne compte des

particularités respectives de chacune de ces conditions, de façon isolé ou concomitante. En l'absence d'une caractérisation plus précise au plan des problématiques rapportées ou objectivées chez ces populations, la personne traumatisée, sa famille, les cliniciens ainsi que les instances médico-légales demeurent à risque de mésinterpréter les symptômes de ces populations aussi bien en « surestimant » qu'en « sous-estimant » leur gravité. Cette situation peut alors ajouter à la confusion et à la détresse de ces clientèles qui expriment fréquemment un sentiment d'invalidation ou de minimisation de leur condition (Bryant, 2006) par leur entourage, entraînant en retour un plus grand isolement et évitement, avec le risque de détérioration mentale et d'accentuation des symptômes.

1.2.1 Utilité limitée des nomenclatures diagnostiques psychiatriques dans la caractérisation de l'ESPT et du TCCL

La caractérisation des manifestations comportementales et cognitives chez les deux populations apparaît de plus en plus nécessaire non seulement en raison de la reconnaissance grandissante de la possibilité de cohabitation des deux diagnostics de façon concomitante, mais également en réponse aux critiques adressées aux nomenclatures officielles des maladies psychiatriques, tel que le DSM, jugées insuffisantes par certains auteurs pour rendre compte des symptômes retrouvés chez certaines clientèles (voir Harvey, Brewin, Jones & Kopelman, 2003). En effet, considérant la similarité de plusieurs symptômes cliniques entre l'ESPT et le TCCL, tels que les difficultés de concentration et de mémoire, les troubles du sommeil et l'irritabilité, le recours aux critères diagnostics du DSM ne permet pas de les distinguer lorsque les deux conditions sont présentes simultanément. Même les symptômes physiques, à première vue plus distinctifs du TCCL, tels que les nausées ou les étourdissements peuvent, à la limite, se retrouver également chez des clientèles présentant un ESPT sévère lors d'épisode de panique extrême. Il semble donc qu'une caractérisation plus précise des symptômes au plan qualitatif et fonctionnel (c.-à-d., au niveau des impacts au quotidien) pourrait être davantage utile pour départager les origines possibles des symptômes entre les deux conditions, surtout en contexte où les deux diagnostics coexistent.

Les travaux pionniers de Richard Bryant et d'Allison Harvey ont jeté les bases empirique de la co-existence possible d'une condition d'ESPT et d'un TCC au cours des

années 90, puisque la littérature psychiatrique de l'époque mettait alors en doute la possibilité qu'un ESPT puisse cohabiter avec une condition de traumatisme cranio-cérébral étant donné la perte de conscience durant l'événement (Joseph et Masterson, 1999 ; Sbordone et Liter, 1995). L'argument de ces auteurs était simple : comment avoir des reviviscences d'un événement qui n'a pas été enregistré en mémoire, étant donné la perte de conscience. Or, ce qu'ont permis de documenter empiriquement les travaux de Bryant, Harvey et d'autres par la suite, c'est la coexistence réelle de la double symptomatologie de stress post-traumatique et de traumatisme cranio-cérébral, en dépit de l'impossibilité de rappel volontaire complet ou partiel du souvenir de l'événement (voir Pineau, 2006 pour une revue). Qui plus est, ces travaux suggèrent même que l'évolution de la symptomatologie de stress post-traumatique peut suivre un décours différent au niveau temporel en présence d'un traumatisme cranio-cérébral. Ainsi, Bryant et Harvey (1999) rapportent moins fréquemment la présence de sentiments de peur et d'impuissance, ou encore de pensées intrusives chez les TCCL en phase aigüe que chez les non-TCCL. Par contre, six mois plus tard, une fréquence comparable des pensées intrusives entre les deux groupes est rapportée par ces auteurs, les sujets TCCL rejoignant les non-TCCL en ce qui a trait aux taux d'intrusions ou « flashbacks ». Dans d'autres études (Bryant, 1996; Bryant *et coll.*, 1998), sont suggérés des phénomènes de « pseudo-mémoires » pour désigner la présence de reviviscences envahissantes chez des victimes de trauma ayant pourtant perdu connaissance lors de l'événement. Les auteurs suggèrent cette notion théorique pour rendre compte des images vivides rapportées par les personnes TCC qui auraient été « reconstruites » à partir de souvenirs implicites en mémoire et « réactivées » par l'état émotionnel ou certains contextes apparentés aux circonstances du trauma. Les cas documentés par Bryant (1996), par exemple, ont commencé à rapporter des intrusions le jour où ils avaient repris la conduite automobile.

Ces observations viennent appuyer l'hypothèse selon laquelle le TCCL peut moduler de manière différente les manifestations de l'ESPT dans les phases aigüe et chronique (Harvey *et coll.*, 1998). Ces observations peuvent laisser croire à une importance dont la portée n'est que théorique. Pourtant, l'impact clinique concret est vécu quotidiennement par les cliniciens en neuro-traumatologie. Ainsi, il n'est pas rare, par exemple, pour un clinicien en réadaptation, de ne trouver aucun symptôme d'ESPT rapporté initialement dans les

rapports médicaux post-accident ou post-agression alors que l'on peut identifier clairement des symptômes d'ESPT chez une personne TCCL au cours de son programme de réadaptation, parfois plusieurs mois après son traumatisme neurologique. Les conséquences de cette situation peuvent être considérables dans la mesure où elles peuvent semer la confusion dans le dossier clinique de la personne TCCL : on questionnera la validité des évaluations réalisées étant donné l'apparente contradiction entre des diagnostics présents plusieurs mois après l'événement, et non au début. Pire encore, on suspectera la victime de vouloir simuler des symptômes qui n'étaient pas présents au départ pour obtenir compensation. Les risques de complications psychologiques secondaires, telle que la dépression, peuvent devenir élevés si la victime est laissée à elle-même, face à sa symptomatologie, dont elle pourra finir par douter pour « se croire folle », puisque le milieu médical ou même familial en doute.

D'autres chercheurs en neuropsychologie, tel que Knight (1997), émettent la possibilité que la récupération neurophysiologique dans certains cas ne permettent pas le déploiement de la symptomatologie post-traumatique en raison d'une priorisation de l'énergie neurologique à « guérir » le substrat neurologique ou les blessures physiques subis lors de l'événement traumatisant. De plus, il n'est pas rare que l'attention de la victime et du personnel soignant se porte en priorité sur les blessures physiques, ce qui est évidemment compréhensible. La conséquence peut cependant être d'omettre l'identification initiale de manifestations psychologiques de trauma psychologique chez une personne déjà envahie de douleurs physiques, souvent sous analgésiques de surcroît, et dont les cauchemars initiaux peuvent paraître d'importance bien secondaire en phase aigüe. Mentionnons finalement que la personne présentant un trauma neurologique pourra évoluer dans un milieu médical protégé dans les premiers mois de réadaptation, ce qui peut reporter à plus tard l'identification de comportements d'évitement de situations anxiogènes passées sous silence jusque là étant donné la non exposition à ces situations.

Ces questionnements et constats au plan clinique sont plutôt anecdotiques pour le moment et demeurent à documenter de manière plus empirique et expérimentale. Idéalement, cette documentation devrait être réalisée de manière longitudinale et interdisciplinaire afin de

caractériser de façon encore plus précise le décours temporel des symptômes de trauma psychologique, en interaction avec les symptômes de trauma neurologique.

1.2.2 Évolution interdisciplinaire de la recherche en neuro-traumatologie

Il est intéressant de noter, dans l'évolution de la littérature scientifique, tant dans le domaine de l'ESPT que du TCCL, une préoccupation constante et de plus en plus importante exprimée par les chercheurs au fil des années concernant le contrôle des facteurs de comorbidités antécédentes (p. ex., conditions médicales, troubles déficitaires de l'attention ou alcoolisme) ou péri-traumatiques (p. ex., présence de douleurs, de blessures physiques ou neurologiques, troubles de l'humeur, altération de l'état conscience) dans l'étude des plaintes et/ou des troubles objectifs comportementaux ou cognitifs chez les deux populations. Il semble en effet apparaître depuis une vingtaine d'années une prise de conscience progressive par les chercheurs en traumatologie de la contribution potentielle d'autres facteurs que le TCCL aux SPC, tels que ceux de la douleur, des antécédents psychiatriques et des litiges médico-légaux, largement étudiés depuis une vingtaine d'années. Depuis les travaux mentionnés précédemment concernant la reconnaissance des symptômes de trauma psychologique chez les clientèles présentant un traumatisme crânio-cérébral, est venue s'ajouter la contribution des symptômes de stress post-traumatique à l'intensité des plaintes et troubles neuropsychologiques (p. ex., Bryant & Harvey, 1999; Hoge *et coll.*, 2008; Vanderploeg *et coll.*, 2009).

Les deux études empiriques qui font l'objet de cette dissertation doctorale s'inscrivent dans la continuité de cette caractérisation des manifestations traumatiques chez les clientèles ESPT et TCCL qui constituent un défi de taille compte tenu de la complexité des facteurs en jeu.

1.3 Objectifs de la recherche

Les objectifs principaux des deux études présentées ici visent a) à préciser la nature et l'intensité des plaintes cognitives et comportementales (Étude 1), b) à tenter d'objectiver ces plaintes à travers un bilan neuropsychologique exhaustif (Étude 2), chez trois groupes

cliniques présentant soit un ESPT, soit un TCCL ou encore les deux conditions en comorbidité (TCCL/ESPT).

1.4 Méthodologie

1.4.1 Contrôle des facteurs de comorbidités et d'antécédents médicaux

Afin de tenter de répondre aux différentes critiques méthodologiques soulevées précédemment, nous avons établi des critères explicites quant au contrôle des conditions médicales (p. ex., maladie métabolique ou neurologique), développementales (p. ex., troubles déficitaires de l'attention) ou psychologiques (p. ex., trouble bipolaire) préexistantes dans l'histoire personnelle de tous les participants de l'étude, y compris le groupe contrôle, apparié en âge et en scolarité aux deux autres groupes. Plusieurs de ces facteurs peuvent en effet moduler les plaintes et difficultés cognitives objectivées. Des mesures de contrôle de la symptomatologie psychologique primaire et secondaire apparue depuis le trauma ont été également introduites par le biais d'entrevue psychologique formelle et de questionnaires auto-rapportés chez les trois groupes cliniques.

1.4.2 Mesures de plaintes et de rendement neuropsychologique

Au niveau des mesures de plaintes cognitives et comportementales, elles ne se limitent pas aux quelques questions générales sur la présence ou non de problèmes d'attention et de mémoire à travers un questionnaire de symptômes, tel que celui du Rivermead Postconcussional Symptoms Questionnaire (comme dans l'étude de Stulemejer *et coll.*, 2007), ou en posant une ou deux questions aux participants à propos de difficultés de mémoire constatées au quotidien (Hoge *et coll.*, 2008). Deux questionnaires concernant des difficultés d'attention, des oublis ou des changements de comportements ont été inclus afin de préciser la nature des plaintes subjectives rapportées au quotidien. En ce qui a trait aux mesures de performance neuropsychologique objective, une batterie exhaustive couvrant l'ensemble des principaux domaines cognitifs tels que l'attention visuelle, la mémoire de travail, la mémoire à long terme verbale et visuelle, les habiletés visuo-constructives et les fonctions exécutives, a été composée à partir des épreuves neuropsychologiques

standardisées les plus couramment utilisées dans les milieux cliniques. Le choix d'une batterie assez exhaustive plutôt que de cibler une épreuve d'attention ou de mémoire uniquement, par exemple, vise à éviter que la présence de trouble cognitif puisse être passée sous silence en raison du choix de l'épreuve utilisée compte tenu de la sensibilité bien connue du fonctionnement cognitif selon les contextes d'évaluation.

1.4.3 Établissement du diagnostic chez les groupes cliniques à l'étude

Une autre considération méthodologique visant à pallier des lacunes au plan de l'échantillonnage relevées chez certaines études précédentes, a consisté à établir le diagnostic d'ESPT, ainsi que celui des autres problématiques psychologiques secondaires, à partir d'une entrevue clinique structurée (telle que le SCID et le CAPS) administrée par des cliniciens expérimentés. Certaines études, telle que celle de Stulemejer *et coll.*, 2007 par exemple, ont basé leur diagnostic d'ESPT à partir de questionnaires de symptômes auto-rapportés. Au niveau du diagnostic de TCCL, le dossier médical a été consulté et les critères retenus étaient basés sur ceux des comités internationaux reconnus.

1.4.4 Validation indépendante par un proche et ajout d'une mesure subjective d'impact de la fatigue

Finalement, deux ajouts originaux de l'étude concernant les plaintes subjectives a été d'introduire la perception du comportement par un proche par le biais d'une version adaptée d'un même questionnaire de comportements rempli par le participant. Une seule étude à ce jour (Biddle *et coll.*, 2002) s'est intéressée à valider les problématiques dominantes rapportées par les proches et le clinicien traitant, mais chez un groupe de militaires présentant des symptômes d'ESPT et non de TCCL. L'autre ajout concerne une mesure d'impact subjectif de la fatigue permettant d'explorer le rôle de ce facteur généralement peu considéré, mais fréquemment rapporté par les deux groupes cliniques.

1.4.5 Introduction d'un groupe contrôle sans antécédent médical ou psychologique

L'ajout d'un groupe contrôle exempt de symptomatologie psychologique et d'antécédents médicaux permet d'obtenir un niveau de base quant aux plaintes comportementales et cognitives qui peuvent se retrouver dans la population en générale pour différentes considérations non cliniques d'une part, tout en permettant également un point de comparaison des groupes cliniques en référence à un groupe de même niveau d'âge ou de scolarité, pour les mêmes épreuves neuropsychologiques administrées.

1.5 Contenu de la thèse

La thèse se subdivise en cinq chapitres distincts, le chapitre I étant constitué du contexte général introduisant les principaux enjeux ayant motivé les deux études empiriques. Le chapitre II, qui s'intitule « *État de stress post-traumatique et atteintes neurologiques : État des connaissances actuelles* » fait le point sur la littérature concernant les difficultés diagnostiques liées à la similarité sémiologique entre l'ESPT et le TCCL. Le chapitre III, dont le titre est « *Specificity of cognitive and behavioural complaints in Post-Traumatic Stress Disorder and Mild Traumatic Brain Injury* », rapporte les résultats obtenus concernant les plaintes cognitives et comportementales, documentées chez les groupes ESPT et TCCL depuis l'événement traumatisant. On y discute notamment de la spécificité de certaines plaintes entre les groupes cliniques qui peut être utile au niveau de l'établissement d'un diagnostic différentiel.

La seconde étude empirique qui compose le chapitre IV est intitulée « *Objective neuropsychological deficits in post-traumatic stress disorder and mild traumatic brain injury: What remains beyond symptoms similarity?* ». Elle expose les données neuropsychologiques objectives obtenues chez les groupes cliniques, en comparaison avec le groupe contrôle et entre eux, afin d'identifier certaines difficultés cognitives plus spécifiquement atteintes selon les groupes. Les relations entre ces profils cognitifs particuliers et le type de plaintes le plus fréquemment rencontré chez les groupes cliniques y sont également abordées.

Le chapitre V, pour sa part, constitue une discussion générale à l'égard des différents résultats obtenus ainsi que les implications cliniques au plan diagnostic et du traitement

psychologique. Une démarche clinique d'investigation des symptômes d'ESPT qui tienne compte des facteurs de comorbidités est illustrée dans ce chapitre par un exemple clinique. Cette démarche vise à remettre en contexte l'apparition et les manifestations des symptômes rapportés par la personne afin de départager ceux pouvant être causés par d'autres facteurs que la condition d'ESPT. Étant donné que ces facteurs peuvent influencer tant le diagnostic que les cibles thérapeutiques, la démarche vise à garder en tête l'origine multifactorielle possible de symptômes confondus entre l'ESPT et d'autres conditions médicales ou psychologiques.

CHAPITRE II

ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ET ATTEINTES NEUROLOGIQUES : ÉTAT DES CONNAISSANCES ACTUELLES

ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ET ATTEINTES NEUROLOGIQUES :
ÉTAT DES CONNAISSANCES ACTUELLES

Hélène Pineau

Université du Québec à Montréal & Centre de Réadaptation Lucie-Bruneau & Centre d'Étude sur le
Trauma de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, Montréal, Canada

Chapitre de livre publié dans « *Les troubles liés aux événements traumatiques :
dépistage, évaluation et traitements* »

Résumé

Dans ce chapitre théorique, nous présentons l'état des connaissances concernant les enjeux liés à la similarité de plusieurs symptômes entre l'ESPT et le TCCL. Nous discutons notamment du défi que représente la démarche diagnostique entre ces deux clientèles et les pièges qui peuvent conduire à sous ou sur-estimer une condition d'ESPT chez la population TCCL. Une analyse critique des variables de comorbidités souvent confondues dans les études auprès de ces populations permettent de situer les raisons qui ont motivé le contrôle de ces variables dans la présente recherche.

Votre nouveau client raconte qu'il a été victime d'un accident de la route et se plaint de cauchemars, d'images récurrentes de l'événement qui s'imposent à son esprit contre sa volonté, de sursauts aux moindres bruits, d'irritabilité, de difficultés de concentration et de problèmes de mémoire remarqués par l'entourage. À première vue, les symptômes de ce client correspondent à ceux qui sont révélateurs d'un état de stress post-traumatique (ESPT). Vous apprenez qu'il a perdu conscience lors de l'accident. Des questions surgissent à votre esprit: Et si une partie des symptômes était aussi attribuable à des atteintes neurologiques subies lors de l'événement traumatisant? Comment départager les symptômes d'origine neurologique et psychologique dans ce cas? Comment être certain que les mesures diagnostiques ne reflètent pas des symptômes des deux conditions? Comment interagiront les facteurs neuropsychologiques dans le pronostic et le traitement?

L'exemple précité illustre l'importance et la complexité des interactions possibles entre certaines conditions neurologiques et neuropsychologiques comorbides et l'ESPT. Ces conditions physiques ou mentales coexistantes et donc « comorbides » à l'ESPT peuvent avoir été présentes avant l'événement traumatisant ou apparaître au moment du trauma. C'est le cas du traumatisme craniocérébral (TCC), une blessure neurologique pouvant être subie au moment d'un accident ou d'une agression. Il s'agit d'un traumatisme physique au cerveau ou à la boîte crânienne causé par un objet pénétrant (par exemple, un couteau), un choc à la tête, un mouvement brutal d'accélération-décélération ou encore des forces rotationnelles sévères lors d'une chute ou d'un impact violent en automobile. Le TCC est caractérisé par une perte ou altération de l'état de conscience de durée variable ou encore par une période d'amnésie post-traumatique (APT) correspondant à la période après le trauma durant laquelle la victime est incapable de se rappeler les événements de manière continue. Ces phénomènes neurologiques peuvent entraîner une amnésie d'origine organique qui limite le rappel volontaire du souvenir de l'événement traumatisant.

D'autres conditions comorbides peuvent aussi coexister et interagir mutuellement avec les symptômes de l'ESPT, tels un syndrome douloureux (à la suite de blessures orthopédiques ou du système nerveux central), une condition psychiatrique ou développementale préexistante (par exemple, un trouble déficitaire de l'attention présent avant l'événement traumatisant), ou encore une histoire d'alcoolisme.

1. Importance de la comorbidité neurologique sur le diagnostic et la prévalence de l'ESPT

Lorsqu'on analyse plus attentivement la littérature portant sur la prévalence de l'ESPT chez des populations militaires et civiles, certains problèmes méthodologiques apparaissent (voir Danckwerts et Leathem, 2003; et Knight et Taft, 2004, pour une recension des écrits). Premièrement, on constate que les critères diagnostiques sur lesquels repose la prévalence présumée varient d'une étude à l'autre selon les populations cliniques. Deuxièmement, les caractéristiques des échantillonnages sont souvent peu documentées, tant sur le plan des antécédents neurologiques, psychiatriques ou développementaux que des circonstances péri-traumatiques ayant mené au développement de l'ESPT. Troisièmement, on constate une variabilité importante des instruments diagnostiques d'une recherche à l'autre (Harvey, Brewin, Jones et Kopelman, 2003; Knight *et coll.*, 2004; Moses et Maruish, 1933). Dans certaines études, le diagnostic est établi sur la base soit d'une entrevue clinique non structurée ou à partir d'une échelle d'autoévaluation des symptômes (Horowitz, Wilner et Alvarez, 1979) également basée sur la nomenclature du DSM, sans y inclure tous les critères cependant. Ainsi, Boyer, Guay et Marchand (2006) mentionnent que les taux de prévalence dans les écrits sont très hétérogènes d'un échantillon à l'autre. Ils sont variables selon qu'on se trouve en présence d'échantillons d'hommes ou de femmes, de personnes à haut risque de vivre un événement traumatique, ou de victimes d'accidents présentant des blessures orthopédiques (Starr, Smith, Frawley, Borer, Morgan, Reinert et Mendoza-Welch, 2004) ou neurologiques (Bryant et Harvey, 2000).

Selon Knight et Taft (2004), la variabilité des caractéristiques d'échantillonnage pourrait ainsi contribuer à la variabilité des taux de prévalence rapportés. Par exemple, certains problèmes de concentration, engendrés à la fois par un traumatisme psychologique et un traumatisme cérébral (antérieur ou consécutif au traumatisme), peuvent se retrouver chez les accidentés avec un ESPT s'ajoutant à un TCC. Cette possibilité existe également dans le cas d'accidents neurologiques d'origine non traumatique (par exemple, un accident cérébrovasculaire (ACV) ou une anoxie cérébrale). Il importe donc de se documenter sur les atteintes neurologiques pouvant avoir été présentes avant, pendant ou après l'événement traumatique. En effet, la condition neurologique pourra influencer l'expression et par

conséquent les mesures de symptômes d'ESPT. Par exemple, Cassidy et Lyons (1992) rapportent le cas d'un vétéran de la Deuxième Guerre qui développa des symptômes d'ESPT (intrusions et comportements d'évitement en présence de stimuli reliés à la guerre) seulement après un accident cérébrovasculaire survenu plusieurs années après le traumatisme de guerre. Lors de l'évaluation diagnostique, les plaintes de trouble de concentration et de mémoire pourront ainsi être confondues avec les séquelles de l'ACV ou du TCC. Pourtant, on ne peut exclure que les symptômes d'ESPT puissent moduler l'intensité de ces symptômes neuropsychologiques (et inversement) selon les contextes, d'où une symptomatologie plus variable dans le temps que celle attendue en présence de la condition psychologique ou neurologique considérée isolément.

Le phénomène de comorbidité associée à l'ESPT pourrait affecter jusqu'à 80 % de la clientèle avec ESPT rencontrée dans les milieux cliniques d'après Zalewski, Thompson et Gottesman (1994). Selon Knight *et coll.* (2004), l'évaluation neuropsychologique peut être utile dans le processus de diagnostic différentiel en permettant une documentation objective de certains profils de symptômes (par exemple, les troubles d'attention et de mémoire, les troubles de comportements). Elle permet également d'analyser la possibilité que certains symptômes précédents soient confondus et recommander un traitement qui tienne compte de ces symptômes pouvant être à « double origine ».

2. Exemples de symptômes de la condition neurologique potentiellement confondus avec ceux de la condition psychologique

Nous abordons les symptômes de l'ESPT selon les critères du DSM-IV pour illustrer les risques de confusion potentielle entre ces symptômes et certains symptômes neuropsychologiques documentés chez des populations neurologiques.

2.1 Comportements d'évitement

Certaines séquelles neuropsychologiques découlant d'un traumatisme craniocérébral après un accident ou une agression limitent la participation sociale et entraînent donc de l'évitement comportemental (McMillan, 2001). Il s'agit par exemple de la baisse d'endurance

physique ou mentale, ou encore de difficultés à suivre une conversation en raison du ralentissement du traitement de l'information. Les situations sociales ou de conversations en groupe peuvent alors être évitées par ces personnes, non pas en raison de l'anxiété provenant du souvenir de l'événement traumatisant, mais de l'anxiété liée à un sentiment d'incompétence ou de vulnérabilité face à ces situations. Il importe donc de procéder à une analyse détaillée du comportement puisque certaines situations peuvent être évitées pour d'autres raisons que le souvenir de l'événement traumatisant. Un autre exemple pourrait être la personne présentant un TCC qui évite de circuler seule dans la rue non pas en raison du contexte apparenté à celui de l'accident de voiture mais parce qu'elle souffre de vertiges d'origine neurologique ou vestibulaire.

2.2 Hyperactivité neurovégétative

L'hyperactivité neurovégétative (c'est-à-dire un niveau d'activation anormal du système nerveux autonome) se traduisant par de l'irritabilité, de l'hypervigilance et des troubles du sommeil peut être présente à la fois dans l'ESPT et sous le coup d'un TCC. Qualitativement cependant, la réactivité neurovégétative pourra se manifester différemment dans chacune des conditions. Par exemple, en présence de stimuli en lien avec les circonstances de l'accident, la réactivité excessive et spécifique aux bruits du trafic routier ou à la vue des voitures pourra distinguer la population avec ESPT de celle ayant subi un TCC (sans ESPT), connue pour manifester une réactivité aux bruits plus générale (par exemple, bruit associé au fonctionnement d'électroménagers ou aux réceptions familiales). Certaines études réalisées chez des groupes de vétérans montrant des réactions d'activation élevée lorsque exposés à différents stimuli rappelant la guerre (par exemple, bruits d'explosion comparativement à des bruits neutres) vont dans le sens de cette hypothèse (McNally, Kaspi, Riemann et Zeitlin, 1990; Zeitlin et McNally, 1991). Elle demande toutefois à être validée empiriquement auprès des personnes avec un TCC puisque cette hypothèse demeure pour le moment basée sur des observations cliniques.

Une difficulté diagnostique supplémentaire s'ajoute donc dans le cas d'un TCC doublé d'un ESPT où la réactivité à la fois générale et spécifique peut être observée. C'est pourquoi un questionnaire détaillé portant sur les manifestations quotidiennes des

symptômes cognitifs et comportementaux rapportés par la personne accidentée ou agressée doit être intégré dans la démarche d'évaluation neuropsychologique afin de tenter de départager certains symptômes confondus. Il arrive parfois que même après une analyse détaillée, ce départage demeure difficile dans l'état des connaissances actuelles. La mesure de l'évolution des symptômes dans le temps, après des interventions thérapeutiques par exemple, peut devenir alors une avenue clinique importante puisque les deux conditions (TCC et ESPT) pourront évoluer de façon distincte. Par exemple, un trouble d'attention « temporaire » affectant une personne avec ESPT sans TCC pourra se résorber après un traitement psychologique visant à diminuer les symptômes d'ESPT alors qu'il pourra persister de manière quantitativement et qualitativement différente chez une personne avec TCC, même après des interventions psychologiques (Williams, Evans et Wilson, 2003).

L'irritabilité est un autre exemple de symptôme partagé entre l'ESPT et le TCC qui rend le diagnostic d'ESPT difficile. Une analyse comportementale et neuropsychologique détaillée des comportements irritables (par exemple, quand et dans quelles conditions ils se manifestent, quels en sont les déclencheurs, comment la personne arrive à les contrôler) peut permettre de mieux caractériser la symptomatologie et de reconnaître certains patrons typiques de comportements irritables manifestés par des personnes présentant un TCC qui se distinguent de ceux rencontrés chez les individus avec un ESPT isolé. Par exemple, les comportements irritables de certains individus TCC (sans ESPT) peuvent s'accompagner d'impulsivité, de désinhibition de la pensée et du langage, et d'une diminution de l'autocontrôle général de ces comportements, sans être déclenchés de façon dominante et spécifique par des stimuli rappelant le traumatisme. Chez les victimes d'ESPT sans TCC, l'irritabilité peut apparaître plus modulée, spécifique à certains contextes rappelant des situations d'impuissance vécues lors de l'événement traumatique par exemple, et exprimée de manière plus « acceptable socialement » compte tenu de la préservation des substrats neurologiques (principalement frontaux) à l'origine de l'autocontrôle comportemental. Selon certains auteurs, (Wolfe et Charney, 1991), ce type de distinctions puisées à travers les données neuropsychologiques recueillies pourraient servir d'indicateur de l'intégrité corticale générale et donc permettre d'établir certaines différences entre les effets des traumatismes neurologiques et psychologiques.

2.3 Les difficultés de concentration: origine neurologique ou psychologique?

Certaines études rapportent des impacts des symptômes post-traumatiques sur l'efficacité du traitement de l'information (Gil, Calev, Greenberg, Kugelmass et Lerer, 1990; voir Knight *et coll.*, 2004 pour une recension critique; Vasterling, Duke, Brailey, Constans, Allain et Sutker, 2002). Ces études font notamment état de troubles d'attention, de mémoire et des fonctions exécutives chez les victimes de traumatisme psychologique. Or les difficultés de concentration font partie des critères diagnostiques de l'ESPT dans le DSM bien qu'aucune précision ne soit mentionnée quant aux impacts de ces difficultés à d'autres niveaux cognitifs (par exemple, sur la mémoire, les capacités d'organisation). D'autres études démontrent peu ou aucun déficit cognitif mesurable dans l'ESPT (Dalton, Pederson et Ryan, 1989; Gurvits, Lasko, Schachter, Kutine, Orr et Pitma, 1993; Moses et Maruish, 1988), même lorsque la comorbidité est contrôlée dans quelques-unes des rares études répertoriées (Barrett, Green, Morris, Giles et Croft, 1996).

La raison de cette disparité dans les résultats d'une étude à l'autre provient en partie des lacunes méthodologiques décrites précédemment concernant les caractéristiques des échantillons avec ESPT étudiés, mais également des instruments d'évaluation du fonctionnement cognitif utilisés, selon Danckwerts et Lethem (2003). À l'instar des études sur la prévalence de l'ESPT, la plupart des études sur le fonctionnement cognitif dans l'ESPT ont été réalisées majoritairement chez des vétérans de guerre dont la condition neurologique, psychiatrique et les facteurs de toxicomanie n'ont pas été contrôlés. L'âge moyen de ces groupes est généralement assez élevé et on ignore les antécédents de ces échantillons. On sait par exemple que l'alcoolisme est une problématique fréquente chez les vétérans, ce qui peut avoir affecté, à long terme, le fonctionnement cognitif chez certains des échantillons étudiés. Selon Danckwerts *et coll.* (2003), ce constat soulève le problème de la généralisation possible des résultats obtenus auprès de ces vétérans à des populations civiles ne partageant pas nécessairement les mêmes caractéristiques, d'où le risque élevé de facteurs confondants pouvant expliquer la variabilité des résultats. Dans d'autres études (voir Knight *et coll.*, 2004), les échantillons cliniques peuvent présenter certaines conditions psychiatriques autres que l'ESPT, telles que la dépression, sans que cette condition ne soit explicitement contrôlée. Or des études démontrent des effets de conditions psychologiques telles que les états anxieux

et dépressifs sur le fonctionnement de l'attention et de la mémoire (Bremner, Southwick et Charney, 1999, Crews et Harnson, 1995).

Par conséquent, la conclusion principale de Danckwerts *et coll.* (2003) est l'absence de consensus actuel sur l'existence de troubles cognitifs significatifs et mesurables chez les populations présentant un ESPT compte tenu de ces lacunes méthodologiques qui rendent difficilement interprétables l'ensemble de ces résultats.

3. Apport de la neuropsychologie clinique dans l'évaluation de l'ESPT

Que peut faire la neuropsychologie clinique pour tenter de départager des symptômes pouvant être confondus entre l'ESPT et certaines conditions neurologiques, tels que les problèmes cognitifs et comportementaux (par exemple l'irritabilité)? Rappelons que l'évaluation neuropsychologique se définit comme étant une méthode d'investigation clinique permettant de mettre en relation la présence de difficultés cognitives et comportementales, comme des problèmes d'attention, de mémoire, d'organisation ou d'autocontrôle du comportement avec certaines catégories de troubles neurologiques connus. Pour réaliser cet objectif, elle fait appel à des instruments d'évaluation, tels que des tests d'attention et de mémoire, des tâches de planification et de résolution de problèmes, validés auprès de populations témoins. L'évaluation neuropsychologique utilise également des questionnaires comportementaux portant sur la perception de la personne et de son entourage qui permettent d'obtenir des informations sur le comportement au quotidien. Les observations ainsi recueillies permettent d'établir des cohérences internes (c'est-à-dire entre les épreuves mesurant les différents composants de l'attention) et externes (entre les plaintes subjectives et les questionnaires remplis par les proches) qui détermineront si un trouble cognitif ou comportemental peut s'expliquer par une atteinte neurologique compatible avec le profil cognitif et comportemental obtenu.

Merskey (1992) recommande une approche interdisciplinaire intégrée, incluant la neuropsychologie, pour évaluer et traiter des personnes avec une condition neurologique comorbide au traumatisme psychologique. Knight *et coll.* (2004) rappellent qu'il s'agit de victimes pouvant avoir subi des dommages au cerveau à la suite d'une blessure, une anoxie

cérébrale ou une intoxication chimique survenue au moment de l'événement traumatique. La condition neurologique peut également avoir précédé l'événement traumatisant dans le cas par exemple d'un trouble déficitaire de l'attention d'origine développementale. Comme le soulignent ces auteurs, plusieurs des événements reconnus comme étant à risque d'occasionner un traumatisme psychologique et corporel peuvent également être porteurs d'un potentiel de blessure neurologique qui pourra affecter le fonctionnement neuro-cognitif et neuro-comportemental. Parmi ces événements, on trouve les accidents impliquant un impact mécanique à haute vitesse (par exemple, une chute au travail ou un accident de la route), des activités militaires (par exemple, exposition à des explosions), des altercations physiques impliquant des coups répétés au visage et à la tête avec les mains, les pieds ou des objets. L'impact de ces blessures peut être assez grave pour entraîner des blessures cérébrales même en l'absence de perte de conscience. Les tentatives de suicide par strangulation, suffocation ou intoxication au monoxyde de carbone peuvent produire des épisodes hypoxiques ou anoxiques avec dommages cérébraux partiels mais permanents. On peut postuler de façon raisonnable que la condition neurologique pourra affecter l'expression des symptômes de l'ESPT ou altérer leur autocontrôle par la personne selon la nature et l'intensité de la blessure cérébrale.

Knight *et coll.* (2004) soulignent d'ailleurs que le caractère souvent horrible de l'événement traumatisant peut amener la victime, son entourage ou même les intervenants de première ligne à prêter peu d'attention à l'éventualité de blessures neurologiques qui se révéleront par la suite significatives sur le plan fonctionnel mais dont on attribuera l'origine entière aux séquelles psychologiques (par exemple, une femme battue au visage ou projetée sur un mur de manière répétée pourra subir des commotions cérébrales répétées qui ne seront pas rapportées spontanément par elle malgré la persistance de plaintes subjectives au niveau de l'attention et de la mémoire).

Conséquemment, une évaluation des antécédents neurologiques et circonstances péritraumatiques apparaît essentielle afin de déterminer si les problèmes cognitifs ou comportementaux rapportés par la victime découlent seulement de l'impact psychologique, d'une condition neurologique ou encore des effets cumulés des deux conditions. On doit en effet être prudent pour ne pas attribuer aux seuls impacts psychologiques les déficits cognitifs

rapportés par une victime d'accident de la route ou du travail du seul fait qu'aucune perte de conscience ni aucun coup à la tête ne seront rapportés par la personne. Dans un chapitre portant sur les populations cliniques spécifiques, Bryant et Harvey (2000) mettent d'ailleurs en garde contre un processus diagnostique trop rapide et superficiel des symptômes de stress post-traumatique dans le cas de victimes pouvant avoir subi une blessure neurologique altérant l'état de conscience.

En fait, l'une des contributions importantes de l'évaluation neuropsychologique dans ces exemples de comorbidité possible ou suspectée sera de procéder à un examen minutieux des antécédents de traumatisme cérébral ou de maladie neurologique d'origine développementale ou acquise. Un bilan médical réalisé par le médecin traitant pourra compléter les informations au besoin pour exclure des conditions métaboliques (par exemple, hyper- ou hypothyroïdie) pouvant avoir une incidence sur l'état émotionnel et le fonctionnement cognitif du blessé. Une fois ces antécédents et l'état de santé documentés, les plaintes de la victime seront analysées à la lumière de ces informations historiques, médicales et du profil cognitif obtenu à l'aide d'épreuves neuropsychologiques objectives.

Il est raisonnable de postuler qu'une condition neurologique (ou psychiatrique) peut avoir une influence directe ou indirecte sur les taux de prévalence estimés de l'ESPT en accroissant le risque de sous- ou surdiagnostiquer une condition en l'absence d'une compréhension mieux éclairée des facteurs interagissant sur le plan de la symptomatologie (et du diagnostic). C'est le cas notamment des populations présentant un ESPT en plus d'un TCC qui ont fait l'objet de plusieurs recherches depuis une dizaine d'années.

4. Prévalence de l'ESPT chez les victimes présentant un traumatisme craniocérébral

Dans une recension exhaustive des écrits portant sur cette problématique, Harvey *et coll.* (2003) dénombrent et analysent 9 études de cas et 14 études de groupes de personnes présentant un TCC de différents niveaux d'intensité entre 1991 et 2000. La critique majeure adressée aux études de cas est l'utilisation d'entrevues non structurées dans toutes les études répertoriées, à l'exception de deux. En ce qui concerne les études de groupes, le recours à des entrevues cliniques structurées basées sur les critères diagnostiques d'ESPT du DSM n'est

réalisé que dans une faible proportion d'entre elles. Notons cependant que les études répertoriées par ces auteurs n'étaient incluses dans leurs analyses que si le diagnostic portait sur l'ensemble des symptômes d'ESPT et qu'une entrevue diagnostique basée sur les critères du DSM était réalisée. Leur conclusion est que, malgré certaines lacunes méthodologiques, un premier sous-ensemble de 10 études de groupes fait état d'une proportion substantielle de personnes présentant un TCC ayant développé un ESPT à la suite de leur accident (14 à 40 %). Un second sous-ensemble répertorié (composé seulement de 4 études) rapporte peu ou pas de cas suggérant la coexistence des deux conditions. Harvey *et coll.* (2003) soulignent cependant que les critères diagnostiques de l'ESPT varient considérablement entre le premier et le second sous-ensemble d'études. Par exemple, les 10 études du premier sous-ensemble ayant diagnostiqué un ESPT chez les TCC ont utilisé, à l'exception d'une seule étude, des instruments de mesures cliniques rigoureuses de l'ESPT (Bryant et Harvey *et coll.*, 1995, 1998a; Bryant, Marosszeky, Crooks et Gurka, 2000; Harvey et Bryant, 1998, 2000; Hibbard, Uysal, Kepler, Bogdany et Silver, 1998; Hickling, Gillen, Blanchard, Buckley et Taylor, 1998). Ce qui n'est pas le cas des quatre études du second sous-ensemble n'ayant pas diagnostiqué d'ESPT chez les TCC (Max, Castillo, Robin, Lindgren, Smith, Sato et Arndt, 1998; Mayou, Bryant et Duthie, 1993; Sbordone et Liter, 1995; Warden, Labbate, Salazar, Nelson, Sheley, Staudenmeier et Martin, 1997). Selon Harvey *et coll.* (2003), la rigueur méthodologique variable d'un ensemble d'études à l'autre explique les disparités de résultats sur la fréquence de comorbidité entre l'ESPT et le TCC. La recension critique des auteurs met en évidence la nécessité d'avoir recours à des instruments cliniques rigoureux basés sur l'ensemble des critères de l'ESPT selon le DSM. Par exemple, il peut s'agir d'entrevues structurées telles que le SCID (*Structured Clinical Interview for DSM-IV*, de First, Spitzer, Gibbon et Williams, 1995) ou le CAPS (*Clinical Administered PTSD Scale*, de Blake, Weathers, Nagy, Kaloupek, Klauminzer, Charney et Keane, 1990) qu'on préférera aux seuls questionnaires auto-administrés fréquemment utilisés n'incluant qu'une partie des critères diagnostiques de l'ESPT.

On peut, par ailleurs, s'interroger sur la facilité potentielle avec laquelle un individu peut « deviner » les symptômes d'ESPT en entrevue clinique, compte tenu de la popularité actuelle du sujet dans les médias. Certains auteurs soulignent, par exemple, que l'ESPT

suscite des débats sur le plan médico-légal (voir Bryant et Harvey, 2000). En effet, puisqu'il s'agit d'une des rares conditions psychologiques ayant été provoquée par un événement extérieur, la recherche de compensation pour atteinte psychologique est une question de plus en plus soulevée dans certains milieux. Par exemple, une personne pourra vouloir poursuivre son agresseur pour être dédommée du préjudice psychologique, ce qui pose la question de la véracité des symptômes allégués du point de vue des juristes et des compagnies d'assurances. Certaines études (Burges et McMillan, 2001; Lees-Haley et Dunn, 1994) se sont intéressées à cette question sous l'angle de la « simulation de symptômes ». Ces études démontrent que pour un individu à qui ces symptômes d'ESPT n'étaient pas *a priori* familiers, il était plus difficile de générer « par hasard » des symptômes valides de cette condition aux entrevues cliniques structurées portant sur l'ensemble des symptômes d'ESPT comparativement aux questionnaires auto-administrés où les personnes doivent rapporter la fréquence de symptômes qui leurs sont « suggérés » par le questionnaire. Cette observation renforce la pertinence d'avoir recours à des entrevues diagnostiques structurées non seulement en recherche mais également dans la pratique clinique.

Nous constatons, au survol des écrits, que les études sur la présence de l'ESPT chez la population avec TCC d'intensité légère à sévère rapportent sensiblement des taux comparables à ceux relevés chez la population avec ESPT sans TCC malgré la présence d'une altération de l'état de conscience variable (d'origine neurologique) chez les personnes présentant un TCC. Comme cette altération de l'état de conscience peut compromettre le souvenir entier ou partiel de l'événement traumatisant, ce constat peut étonner en ce qui concerne les personnes avec un TCC puisque le souvenir de cet événement et de l'horreur qu'il a suscitée figure parmi les critères diagnostiques actuels de l'ESPT. On pourrait s'interroger par ailleurs si les symptômes d'ESPT évoluent de la même façon selon la présence ou non d'un traumatisme neurologique qui s'ajoute à la condition. L'évolution des symptômes d'ESPT diffère-t-elle dans le cas d'un TCC léger à sévère?

4.1 Évolution des symptômes d'ESPT en présence d'un TCC léger

Si l'on considère seulement les études basées sur des évaluations diagnostiques rigoureuses portant sur l'ensemble des critères de l'ESPT, une première étude de Bryant et

Harvey (1995) estime le taux d'ESPT à 26 % chez un groupe d'accidentés de la route TCC léger entre un et 15 jours suivant l'admission à l'hôpital. Harvey et Bryant (1998) ont montré par ailleurs que 24 % des personnes présentant un TCC léger répondaient aux critères de l'ESPT six mois après leur accident de la route. Parmi les 14 % manifestant un état de stress aigu (ÉSA¹) dans le mois suivant l'accident, 82 % rencontraient les critères de l'ESPT six mois plus tard. Chez le groupe TCC léger qui ne présentait pas d'ÉSA, les auteurs relèvent néanmoins que 11 % d'accidentés répondaient aux critères de l'ESPT durant la même période. Dans le contexte d'un suivi longitudinal des mêmes sujets accidentés deux ans plus tard, Harvey et Bryant (1999) rapportent que 80 % des TCC léger diagnostiqués avec un ÉSA initial répondaient toujours aux critères de l'ESPT. Ces taux de rémission sont plus faibles que ceux obtenus chez des victimes d'agression sexuelle non TCC (Foa et Riggs, 1995) pour lesquelles on rapporte un taux de rémission d'au moins 50 % entre deux semaines et trois mois post-trauma. Chez des accidentés de la route sans blessure neurologique, une autre étude (Blanchard, Hickling, Barton, Taylor, Loos et Jones-Alexander, 1996) rapporte également un taux de rémission de 50 % après six mois et des deux tiers après un an post-trauma.

L'analyse qualitative des symptômes fournit des pistes intéressantes quant à l'évolution possiblement différente que peuvent prendre certains symptômes d'ESPT chez les TCC léger. Par exemple, Bryant et Harvey (1999a) constatent moins fréquemment la présence de sentiments de peur et d'impuissance, ou encore des pensées intrusives chez les TCC léger en phase aiguë que chez les non-TCC léger. Par contre, six mois plus tard, ceux-ci relèvent une fréquence comparable des pensées intrusives entre les deux groupes, les sujets TCC léger rejoignant les non-TCC léger en ce qui a trait aux taux d'intrusions (ou flashs-back). Ces observations viennent appuyer l'hypothèse formulée par les auteurs selon laquelle le TCC léger pouvait influencer de manière différente les manifestations de l'ESPT dans les phases aiguë et chronique (Harvey *et coll.*, 1998). Ces observations sont compatibles avec notre expérience clinique où il n'est pas rare de ne trouver aucun symptôme d'ESPT rapporté initialement dans les rapports médicaux post-accident ou post-agression alors que l'on peut

¹ ÉSA: condition clinique référant aux symptômes du stress post-traumatique apparaissant entre 1 et 30 jours suivant le traumatisme. Elle se distingue de l'ESPT par l'ajout de symptômes dissociatifs tels que la dépersonnalisation, la déréalisation et la conscience altérée de l'environnement.

identifier clairement des indices d'ESPT chez une personne TCC au cours de son programme de réadaptation, parfois plusieurs mois après son traumatisme neurologique.

4.2 Évolution des symptômes d'ESPT en présence d'un TCC d'intensité sévère

Un nombre limité d'études ayant utilisé des instruments cliniques validés ont évalué la fréquence de l'ESPT chez les victimes souffrant d'un TCC sévère (Bryant, 1996; Bryant, Marosszeky *et coll.*, 2000). Le débat qui a existé dans les écrits sur la possibilité qu'une condition d'ESPT puisse se développer même après une perte de conscience profonde et prolongée peut expliquer en partie le retard accusé dans l'étude des deux conditions présentes simultanément (Williams, Evans, Wilson et Needham, 2002). L'une des premières études contrôlées date seulement de quelques années (Bryant, Marosszeky, Crooks, Baguley et Gurka, 2001) et rapporte une prévalence de l'ESPT de 27 % chez le groupe de TCC sévère étudié. L'évaluation de l'ESPT était réalisée à partir d'une entrevue structurée basée sur les critères du DSM-III (le PTSD-I de Watson, Juba, Manifold, Kucala et Anderson, 1991) et certaines conditions comorbides, telle la dépression, étaient contrôlées. Il s'agit également de la seule étude ayant montré un impact psychosocial de la co-occurrence d'un ESPT chez des TCC d'intensité sévère. Les auteurs rapportent ainsi que les TCC avec un ESPT démontrent plus de symptômes de dépression et un moins bon état de santé général que les TCC sans ESPT et obtiennent des scores plus faibles que ces derniers aux mesures d'adaptation fonctionnelle, d'intégration dans la communauté et de satisfaction de la qualité de vie.

En résumé, on constate une reconnaissance grandissante et documentée de la coexistence des conditions d'ESPT même en présence d'un TCC, ce qui contredit les études antérieures qui suggéraient que le TCC et l'ESPT ne pouvaient coexister que rarement (Joseph et Masterson, 1999; McMillan, 1996; Sbordone et Liter, 1995) ou de façon plus probable dans le contexte d'un TCC léger plutôt que sévère. Par ailleurs, il semble selon certaines observations que l'évolution des symptômes d'ESPT peut différer lorsqu'on est en présence d'un traumatisme neurologique subi lors de l'accident ou de l'agression. Cette évolution variable soulève certaines différences dans les mécanismes de production de symptômes.

5. Hypothèses actuelles concernant les mécanismes de production de symptômes lors d'une amnésie d'origine organique

S'il est de plus en plus reconnu dans la littérature que les symptômes d'ESPT peuvent se développer après un TCC quel que soit le degré de sévérité, les mécanismes de production de symptômes demeurent pour le moment spéculatifs malgré certaines hypothèses soulevées récemment. Au centre des phénomènes à expliquer, on trouve les intrusions ou réviviscences entourant les circonstances traumatiques ou péritraumatiques alors que la victime a perdu conscience lors de l'événement et n'en conserve donc pas de souvenirs explicites. On peut s'interroger en effet sur la nature du mécanisme rendant possible la présence de telles réviviscences dans ce contexte. Deux types de mécanismes sont postulés selon que l'amnésie organique causée par le choc cérébral de l'impact est considérée partielle ou complète, ou selon la durée et l'intensité de l'altération de l'état de conscience.

5.1 Amnésie partielle de l'événement: îlots de souvenirs

Selon l'hypothèse d'un encodage partiel de souvenirs en raison de l'altération de l'état de conscience, les symptômes de réviviscence (c'est-à-dire images, souvenirs ou sensations réactivés en contexte rappelant le traumatisme) s'expliqueraient par un encodage partiel de certains événements associés au traumatisme soit avant, pendant ou après celui-ci. Dans le cas d'accidentés de la route par exemple, le fait de se réveiller ensanglanté dans un véhicule durant l'attente angoissante des ambulanciers, de se retrouver dans un hôpital branché à des tubes, sans comprendre ce qui est arrivé, peut provoquer un état soudain de perplexité extrême (ou de confusion) accompagné d'angoisse de mort face à sa propre condition physique et mentale². Le blessé neurologique ne dispose souvent pas d'un état de conscience

² Par exemple un client TCC avait été psychologiquement traumatisé par le transfert incompris d'un hôpital de traumatologie de phase I à un centre de réadaptation fonctionnelle car il croyait au départ que l'on le reconduisait chez lui. Dans l'état de confusion ou d'obnubilation (psychologique et/ou neurologique?), il avait alors conclu qu'on le changeait sans doute d'hôpital « pour un placement à vie » étant donné l'état de gravité extrême dans lequel il se percevait. Il avait développé à partir de ce moment des flashes-back intenses de son hospitalisation dès que le mot « hôpital » était prononcé et se sentait incapable deux ans plus tard d'envisager de monter à bord d'un transport adapté étant donné l'angoisse et la réactivité physiologique provoquées par cette éventualité.

suffisant pour analyser objectivement la situation et obtenir une réassurance éclairée sur son intégrité physique et mentale. Certains auteurs incluent même les douleurs extrêmes dans les expériences post- ou péritraumatiques difficiles à vivre et pouvant entraîner une expérience traumatique (Schreiber et Galai-Gat, 1996, cité par Joseph Masterson, 1999). Ces fragments de souvenirs liés à l'hospitalisation, par exemple (qui sont souvent jugés plus traumatisants que l'impact lui-même dont les victimes n'ont pas souvenir), constitueront les éléments sur lesquels s'élaboreront les images, pensées, émotions ou sensations récurrentes rappelant le trauma à la conscience selon le modèle du réseau de la peur en mémoire à long terme (Foa, Steketee et Rothbaum, 1989; Foa, Riggs, Massie et Yarczower 1995), repris et adapté par d'autres auteurs par la suite (Brewin, Dalgleish et Joseph, 1996; Creamer, Burgess et Pattison, 1992). Ces réviviscences seront spécifiquement déclenchées, consciemment ou non, par certains éléments traumatiques encodés explicitement ou implicitement en mémoire³. Ces souvenirs intrusifs prendront la forme d'un réseau de représentations en mémoire conditionnées principalement par la peur (Foa *et coll.*, 1989) ou par d'autres émotions (par exemple, colère, humiliation et culpabilité) vécues de façon extrême au cours du traumatisme (Grey, Holmes et Brewin, 2001). Comme chez les victimes de traumatisme sans TCC, les comportements d'évitement face aux situations rappelant le trauma seront maintenus par ces réviviscences. Contrairement à ces dernières toutefois, les intrusions et comportements d'évitement chez les TCC pourront être réactivés de manière plus « implicite » et contextuelle en raison de la difficulté d'accéder de manière volontaire aux détails des circonstances du traumatisme, étant donné l'amnésie organique des événements souvent complète et les problèmes de mémoire qui constituent une séquelle fréquente du TCC. Dans ce contexte, certains auteurs évoquent des mécanismes de « reconstruction partielle » de l'événement traumatisant à partir de ruminations internes ou d'informations fournies par l'entourage (famille, personnel, médical).

³ La théorie de la « double représentation » (*dual representation*) de Brewin (2001; *et coll.*, 1996) postule un modèle de la mémoire traumatique qui comprend une représentation des souvenirs soit verbalement accessibles (SVA) ou contextuellement accessibles (SCA). Ces modes de représentation des souvenirs impliquent la conscience seulement dans le premier cas. Dans le second type de représentation, un contexte ou un indice rappelant le souvenir suffit à déclencher le souvenir sans que la personne ait fait un effort intentionnel de rappel. Cette théorie intègre les concepts plus généraux de mémoire explicite et implicite développés en psychologie et neuropsychologie cognitive (Squire, 1992; Schacter, Chiu et Ochsner, 1993).

5.2 Amnésie complète de l'événement: reconstruction du souvenir

D'autres formes de souvenirs souvent rapportés par les clients, même plusieurs mois après l'événement traumatique, réfèrent à des phénomènes de « pseudo-mémoires » désignés ainsi par Bryant (1996) et Bryant *et coll.*, (1998a; 1998b) en raison du fait qu'ils auraient été « reconstruits » à partir d'images implicites en mémoire et selon l'état émotionnel provoqué par les stimuli déclencheurs de ces souvenirs. Dans l'une de ces études, Bryant (1996) décrit deux cas de personnes avec TCC ayant développé un ESPT respectivement 10 et 17 mois après un accident de la route. Les intrusions, déclenchées par des expériences rappelant l'accident (par exemple, au moment de la reprise de la conduite automobile), étaient « reconstruites » à partir d'images implicites en mémoire ou d'états émotionnels apparentés à ceux vécus après l'accident. Le chercheur souligne la nécessité de revoir la notion « d'intrusion » et d'étudier le phénomène spécifiquement chez les TCC. Selon lui, cette population peut expérimenter des pensées intrusives qui prennent la forme de « pseudo-souvenirs » phénoménologiquement similaires à ceux observés chez les individus avec ESPT n'ayant pas subi de perte de conscience.

5.3 Accès implicite aux souvenirs : le contexte comme facteur de réactivation

Il est intéressant de constater que ces observations cliniques sont compatibles avec la théorie de la double représentation de Brewin *et coll.* (1996) qui postule deux types de représentations en mémoire à long terme à la base des souvenirs intrusifs « implicitement » rappelés. Les auteurs décrivent ainsi des « souvenirs verbalement accessibles » (SVA), tels que ceux rapportés par les individus avec ESPT sans TCC, qui sont rappelés de façon volontaire et explicite. Le modèle postule également les « souvenirs contextuellement accessibles » (SCA), automatiquement réactivés lorsque les situations vécues partagent des similarités (émotionnelles ou contextuelles) avec une trace d'information traumatique emmagasinée en mémoire et à laquelle l'individu n'a pas accès volontairement mais « implicitement ». Ce serait ce dernier mécanisme qui expliquerait la possibilité de déclenchement des réviviscences chez les traumatisés crâniens n'ayant aucun souvenir explicite des circonstances péritraumatiques.

5.4 Accès différé aux souvenirs en raison de la condition neurologique: l'ESPT différé

Le modèle de Brewin *et coll.* (1996) peut également rendre compte des intrusions envahissantes rapportées par certains accidentés ayant perdu conscience et qui n'ont donc souvent aucun souvenir explicite des circonstances de l'accident lorsqu'on les interroge plusieurs mois après le traumatisme craniocérébral. Il postule que des traces mnésiques partielles ou reconstruites, encodées mais non accessibles volontairement (« mémoires gelées » ou « *frozen memories* » décrites par les auteurs) peuvent être « réactivées » de manière automatique par des éléments déclencheurs, comme des pensées, émotions ou situations quotidiennes. Dans une étude de cas rapportée par Bryant (1996), les intrusions rapportées en différé par un accidenté au moment de la reprise de la conduite automobile possèdent une réalité incontestable et entraîne autant de souffrance que des intrusions basées sur la véracité de l'événement traumatique même si leur contenu peut entrer en contradiction avec le rapport objectif des événements qui se sont réellement déroulés. Par exemple, une photographie de l'automobile accidentée dans laquelle prenait place la victime se transformera en intrusions envahissantes à partir desquelles s'élaboreront des scénarios du déroulement de l'accident même si le rapport de police contredit ces scénarios. Le cas décrit par Bryant (1996) présentant une double condition TCC/ESPT rapportait des images en mouvement dans sa tête où il se voyait projeté dans les airs après avoir été frappé par le véhicule alors qu'il n'avait aucun souvenir des événements réels étant donné la perte de conscience. Ces images provoquaient des montées émotionnelles intenses et observables à travers le comportement même si la personne reconnaissait que ces images étaient reconstruites à partir de ce qu'elle avait lu du rapport de police sur les événements. Dans d'autres cas, la réviviscence n'utilisera pas le mode cognitif imagé ou discursif mais prendra plutôt la forme d'une détresse psychologique ou de réactivité physiologique excessive à certains stimuli ou contextes (Bryant, Marosszeky, Crooks, Baguley et Gurka, 2000) sans que l'accidenté établisse clairement un lien entre ses réactions et les circonstances de l'accident.

Les considérations précédentes sur les facteurs de comorbidités, illustrés par la problématique de l'ESPT chez les victimes de traumatisme craniocérébral, ont amené certains chercheurs à remettre en question certains critères du DSM-IV (Harvey *et coll.*, 2003; Knight *et coll.*, 2004; Mylle et Maes, 2004; Parker, 2002). On reproche à ces critères une fenêtre

diagnostique trop étroite en regard de populations spécifiques qui peuvent ne répondre qu'en partie à ces critères en raison de conditions comorbides telles que celles abordées précédemment, qui interfèrent avec l'expression et l'évolution habituelle de la symptomatologie d'ESPT.

6. Révision des critères du DSM-IV

6.1 Une nécessité pour les populations avec comorbidités?

Selon Parker (2002), l'un des avantages de la définition actuelle de l'ESPT est l'étendue du paradigme conceptuel mettant l'accent sur un déclencheur majeur (c'est-à-dire un événement traumatique) du développement de l'ESPT plutôt que sur des événements découlant d'une participation sociale normale (par exemple, stress normal d'une perte d'emploi) ou sur des réactions intradynamiques de l'individu (par exemple, dramatisation de la perception d'événements liée à l'histoire personnelle). Or, malgré cet élargissement conceptuel, certaines populations cliniques peuvent être sous- ou surdiagnostiquées sur le plan de l'ESPT parce qu'elles ne répondent pas aux critères actuels. À titre d'exemple de risque de surdiagnostic, nous avons mentionné au début de ce chapitre le risque de considérer des symptômes partagés à la fois par l'ESPT et le TCC, tels que l'irritabilité, les difficultés de concentration et l'évitement dans certains contextes, comme des symptômes probants d'une condition unique d'ESPT. Le risque est alors de tenter de traiter par une thérapie spécifique à l'ESPT des symptômes découlant du TCC, d'où des attentes pronostiques possiblement erronées.

Parmi les critères questionnés par Harvey *et coll.* (2003), on trouve notamment le critère A1 (sur le souvenir de l'événement traumatique) et le critère A2 (sur le sentiment d'impuissance ou d'horreur vécu lors de l'événement). Selon Parker (2002), les cliniciens peuvent ne pas reconnaître le diagnostic de l'ESPT chez les personnes TCC parce que l'oubli de l'événement traumatisant ne répond pas au critère A1 ou encore parce que la réaction émotionnelle initiale n'est pas rappelée (Brewin, Andrews et Rose, 1999). Les accidentés ayant subi un TCC avec une perte de conscience au moment de l'impact expriment fréquemment ne pas se souvenir de cet instant et donc ne pas se souvenir non plus d'une «

réaction d'horreur ou d'impuissance ». Une autre critique formulée par Harvey, Brewin *et coll.* (2003) concerne le fait que certains phénomènes connus en psychologie ne sont pas pris en considération dans la définition actuelle de l'ESPT selon le DSM-IV. Ainsi, le phénomène de réévaluation du stimulus (Davey, 1989), connu en théorie du conditionnement, postule que les informations rencontrées après le traumatisme peuvent donner lieu à une réévaluation de la situation traumatique initiale et augmenter le niveau de peur et la perception de menace bien au-delà du niveau initial vécu lors du traumatisme. Par exemple, lorsqu'un individu ayant subi une agression apprend que son agresseur a déjà tué une autre personne avant ou après l'avoir agressé.

Une autre limite des critères diagnostiques actuels est que les personnes elles-mêmes peuvent rapporter les symptômes de façon incomplète en raison de leur condition médicale, ce que Parker (2002) désigne comme un *déficit d'expression*. Par exemple, lorsque la personne présente une diminution de la conscience de soi ou de l'autocritique en raison de la blessure cérébrale, un diagnostic d'ESPT erroné pourra être posé en raison de la présence « apparente » d'un des symptômes d'ESPT, tels que les comportements d'évitement, mais pour des raisons autres que celles liées aux souvenirs de l'événement traumatisant. Par exemple, le fait que la personne « évite » les déplacements extérieurs en raison d'une condition médicale, telle que des vertiges d'origine vestibulaire apparus après son traumatisme neurologique, qui génère de l'anxiété importante sans qu'on soit en présence d'un ESPT pour autant. Parker (2002) constate pour sa part que les critères apparaissent trop étroits pour inclure les différences individuelles dans la manifestation de symptômes, l'évolution changeante dans le temps incluant l'apparition en différé de l'ESPT, la complexité de la réponse au traumatisme selon les individus, leur origine culturelle et l'histoire personnelle. Il s'interroge également sur le fait que les critères actuels de l'ESPT ignorent les symptômes post-commotionnels, ensemble de symptômes physiques, cognitifs et comportementaux fréquemment trouvés dans le cas d'un TCC léger survenu dans le contexte d'un accident ou d'un coup à la tête lors d'une agression. Or, comme nous l'avons vu précédemment, certains symptômes neurovégétatifs trouvés dans une condition de TCC, tels que l'irritabilité, l'évitement comportemental, les troubles de concentration et de sommeil, s'additionnent à ceux actuellement diagnostiqués dans l'ESPT.

6.2 Pertinence d'inclure un ESPT partiel ou sous-clinique?

Harvey, Brewin *et coll.* (2003) formulent deux propositions pour dénouer le « paradoxe apparent » de l'existence de symptômes de l'ESPT chez un sous-groupe de TCC. La première proposition est d'accepter que des individus TCC ne présentent que certains des symptômes de l'ESPT reconnus chez les non-TCC mais peuvent néanmoins être éligibles au diagnostic. La seconde proposition implique de reconnaître que des individus TCC/ESPT manifestent les mêmes symptômes d'ESPT que les non-TCC, mais qu'il existe des différences qualitatives cruciales sur le plan du contenu et de l'évolution des symptômes. Par exemple, la possibilité que le délai d'apparition des intrusions ou que les mécanismes cognitifs expliquant leur manifestation puissent différer de ceux des personnes présentant un TCC est évoquée par les auteurs.

Mylle et Maes (2004) proposent pour leur part qu'un diagnostic d'ESPT « partiel » et un autre « sous-clinique » soient possibles quelle que soit la population visée. A partir d'analyses statistiques visant à dégager différents profils de symptomatologie chez 185 individus avec un ESPT (diagnostiqués à l'aide d'une entrevue structurée basée sur les critères du DSM-IV), les auteurs proposent que la catégorie d'ESPT « sous-clinique » regroupe les cas n'atteignant pas le nombre de symptômes requis pour le critère C (évitement) ou D (hyperactivité neurovégétative) bien qu'au moins un symptôme de chaque critère soit présent. Une deuxième catégorie désignée par le terme d'ESPT « partiel » référerait aux cas où l'un ou l'autre des critères se trouve manquant malgré la présence d'un critère F significatif (c'est-à-dire avec impact psychosocial ou professionnel de la symptomatologie). L'élargissement des critères diagnostiques actuels est essentiel, selon ces auteurs, pour permettre aux victimes de traumatisme de recevoir les traitements appropriés le plus tôt possible après l'événement traumatique puisque certaines études récentes démontrent l'effet préventif de cette prise en charge précoce sur le développement ultérieur d'un ESPT chronique (Bryant, Harvey et Basten, 1998; Bryant, Moulds, Guthrie et Nixon, 2003).

7. Comorbidité et ESPT comme facteurs mutuels de maintien des symptômes

Les études recensées précédemment ont surtout abordé certains facteurs de comorbidité sous l'angle de leur influence sur la mesure diagnostique. On voit cependant

apparaître depuis la fin des années 1990 un nouveau courant d'études s'intéressant aux interactions entre l'ESPT et d'autres conditions comorbides comme facteurs de maintien mutuel ou d'exacerbation de certains symptômes neuropsychologiques ou psychologiques. C'est le cas notamment de l'influence mutuelle entre l'ESPT et les symptômes postcommotionnels, ou encore entre l'ESPT et la douleur (Bryant, Marosszeky, Crooks, Baguley et Gurka, 1999; Branca et Lake, 2004; Sharp, 2004).

7.1 L'ESPT peut-il accentuer les symptômes post-commotionnels du TCC et inversement?

Les résultats de l'étude menée par Bryant et Harvey (1999b) soulèvent la possibilité que les symptômes post-commotionnels (SPC) chez des accidentés de la route présentant un TCC léger puissent être exacerbés par la présence d'éléments post-traumatiques comorbides évalués à six mois post-accident. Leurs résultats démontrent notamment que les SPC seraient plus marqués chez les accidentés TCC léger présentant un ESPT que chez ceux n'en présentant pas. De plus, les mesures de SPC se révèlent significativement corrélées aux mesures de sévérité de l'ESPT. Bryant et Harvey (1999b) émettent l'hypothèse que le niveau d'anxiété élevé causé par l'ESPT entraîne une « surcharge » sur les ressources attentionnelles se répercutant sur l'intensité des symptômes post-commotionnels. Une illustration de ce phénomène serait par exemple que le fait de vivre une anxiété importante ou une hypervigilance aux dangers potentiels de l'environnement demande des ressources d'attention déjà limitées chez certaines personnes avec séquelles de TCC, accroissant d'autant les plaintes de problèmes de mémoire et d'attention. Cette hypothèse de surcharge cognitive a été formulée par Eysenck (1992) pour rendre compte des effets d'anxiété en contexte de performance cognitive. Bryant et Harvey (1999b) reconnaissent que cette explication est valable pour expliquer les symptômes communs aux deux conditions, tels que les difficultés de concentration, l'irritabilité et l'hyperactivité neurovégétative. Ils ajoutent cependant que cette explication ne suffit pas à rendre compte de la proportion significativement plus élevée d'étourdissements (56 vs 5 %), de fatigue (100 vs 30 %), de maux de tête (100 vs 22 %) et de troubles visuels (56 vs 5 %) chez certains groupes de TCC léger avec ESPT comparativement à ceux sans ESPT. Leurs conclusions renforcent ainsi l'interprétation voulant que les SPC dans le TCC léger soient la résultante de facteurs à la fois neurologiques et psychologiques,

tel qu'il est formulé par Rutherford (1989). La principale lacune de l'étude de Bryant et Harvey (1999b) est qu'aucune mesure objective du fonctionnement cognitif n'a été utilisée pour valider de façon indépendante les plaintes cognitives subjectivement rapportées.

7.2 ESPT et douleurs: facteurs de maintien mutuel de la symptomatologie?

Un autre exemple d'influence mutuelle entre l'ESPT et certaines conditions comorbide, concerne la problématique de douleur. Par exemple, une étude à large échelle (de Cox et McWilliams, 2002, rapportée par Sharp, 2004) a montré que les clients présentant des symptômes de douleurs à la suite de blessures musculo-squelettiques étaient quatre fois plus à risques de développer un ESPT que les clients sans douleurs. Dans une étude auprès de 96 TCC sévère, Bryant *et coll.* (1999) constatent que les sujets avec syndromes douloureux (sans préciser s'il s'agit de douleurs d'origine centrale ou musculo-squelettiques cependant) répondent davantage aux critères d'ESPT (37 %) que ceux ne présentant pas de douleurs (15 %). Par ailleurs, leurs résultats ne révèlent pas de différence sur le plan de la sévérité de la douleur cotée par les sujets ESPT comparativement aux sujets sans ESPT. Toutefois, les auteurs concluent que l'intensité de la douleur est modulée par l'ESPT puisqu'une fois la contribution de ce dernier facteur retiré des analyses, les corrélations entre la sévérité de la douleur et les mesures de dépression, de satisfaction de la qualité de vie et d'intégration dans la communauté deviennent non significatives. Ils ajoutent que les victimes de TCC représentent un groupe à risque puisque la douleur est un facteur comorbide fréquent (par exemple, 53 % rapportent des douleurs au moins une fois par semaine contre 38 % qui n'en rapportent pas). A ce facteur de risque, s'ajoute celui de la superposition de troubles cognitifs qui perturbent l'adaptation psychologique par une résolution de problèmes peu efficace au quotidien et la tendance à développer des styles d'adaptation (*coping*) plus fréquemment basés sur l'évitement comportemental (Bryant *et coll.*, 2000).

En résumé, peu d'études ont été réalisées à ce jour pour comprendre l'effet mutuel des éléments de comorbidité dans le développement et le maintien du stress post-traumatique. Quelques travaux récents portant sur l'ESPT en présence de symptômes post-commotionnel ou douloureux soulèvent la possibilité que l'interaction mutuelle entre ces conditions puisse moduler la nature et l'intensité de l'ESPT ou des symptômes postcommotionnels.

8. Efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale pour l'ESPT

Dans une recension des écrits sur l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale (TCCom), Tarrier, Sommerfield, Pilgrim et Faragher (2000) abordent brièvement l'effet de certaines variables sur l'efficacité du traitement de l'ESPT. Ils relèvent notamment que le nombre d'absences aux thérapies, le fait d'être de sexe masculin et la présence d'un risque suicidaire élevé durant le traitement sont associés à une évolution clinique moins favorable. Les raisons expliquant ces observations demeurent à préciser toutefois. À six mois post-traitement, ce sont les facteurs d'absence aux thérapies, de vie domiciliaire isolée, et de trouble d'anxiété généralisée qui sont associés à un pronostic plus défavorable. Taylor, Fedoroff, Koch, Thordarson, Fecteau et Nicki (2001) identifient différents profils cliniques avant le traitement qui semblent expliquer une réponse thérapeutique partielle à celui-ci: la présence d'engourdissement émotionnel initial plus sévère au moment du trauma, la présence de dépression, de douleurs et de colère chez la victime. Notons que plusieurs de ces caractéristiques sont fréquemment présentes chez la population TCC.

Le nombre de sessions mentionnées dans la recension des écrits de Harvey, Bryant et Tarrier (2003) pour le traitement de l'ESPT (entre 9 et 12 sessions) peut sembler difficilement applicable compte tenu de la nature multifactorielle des problématiques trouvées chez la population TCC. De plus, la durée des sessions d'exposition recommandée (de 60 à 90 minutes) apparaît longue compte tenu des difficultés de concentration prolongée et de la fatigue mentale fréquemment rencontrées chez cette population. L'étude de cas rapportée par McGrath (1997) concernant le traitement d'une personne avec TCC léger et ESPT en est une illustration. Après un an de suivi hebdomadaire (donc une cinquantaine de rencontres), l'auteur constate une amélioration des symptômes dépressifs et de la gestion des réactions de colère. Le niveau d'anxiété évalué après le traitement demeure néanmoins élevé bien que la personne ait appris à mieux composer avec ses symptômes à la suite d'un entraînement à la gestion du stress et de l'anxiété quotidienne.

McMillan (1996) a par ailleurs publié la première étude de cas montrant une réduction de l'intensité des symptômes d'ESPT après une TCCom chez une jeune femme

TCC sévère avec amnésie complète de l'événement, adressée 14 mois après son accident de voiture. Williams, Evans et Wilson (2003) rapportent deux cas de TCC sévère ayant développé un ESPT. Dans le premier cas (KE), une période de coma prolongée donne lieu à des souvenirs fragmentés de l'événement. Les symptômes d'ESPT principaux prennent la forme de réponses comportementales excessives de stress et d'évitement aux situations rappelant la situation traumatique. Des troubles d'autorégulation de la colère et de l'irritabilité (possiblement dus aux effets conjugués du TCC et de l'ESPT) font également l'objet d'un traitement. Le second cas (CM) a présenté une atteinte neurologique sévère suite à une agression par arme blanche ayant causé une blessure cérébrale profonde à l'hémisphère droit. Étant donné l'absence de perte de conscience, la personne conserve un souvenir intact de l'agression et a développé une réaction de peur face aux contextes de transport en commun, où s'est déroulée l'agression. Ces deux cas présentent également des difficultés cognitives persistantes (principalement des troubles d'attention et de mémoire), des troubles visuels et une perte importante de rôle social. La dépression et des problèmes de consommation figurent parmi les facteurs comorbides comme cela est souvent le cas chez les victimes présentant un ESPT.

La TCCom utilisée consiste à enseigner des techniques de gestion du stress et de l'hyperactivité neurovégétative avant de procéder à un programme de désensibilisation progressive aux situations évitées. Par exemple, les auteurs ont utilisé des techniques de contrôle respiratoire, de relaxation et d'autoverbalisation pour désamorcer les spirales de pensées anxiogènes responsables de l'activation excessive du système nerveux autonome. Une fois les réactions neurovégétatives mieux maîtrisées, un entraînement à identifier les contextes déclencheurs de ces réactions nerveuses excessives était réalisé afin d'améliorer le sentiment de contrôle dans ces contextes. Suivait l'étape d'exposition progressive pour amener les personnes à se désensibiliser en contexte de situations anxiogènes. L'aspect intéressant de l'approche utilisée par ces auteurs est d'avoir intégré un journal de bord quotidien pour appuyer les interventions d'auto-observation des situations et comportements problématiques ciblés, compte tenu des problèmes d'attention et de mémoire importants présents chez leurs participants. Les informations transmises dans les sessions d'éducation sur les symptômes de TCC et d'ESPT étaient également consignées dans ce journal de bord pour

favoriser l'intégration des enseignements. Après une phase de traitement de réadaptation intensive de 7 à 14 semaines (thérapie cinq fois par semaine) suivie d'une phase de réintégration dans la communauté de 7 à 20 semaines (thérapie une ou deux fois par semaine), en traitement individuel et de groupe, les auteurs rapportent une diminution de l'intensité des symptômes d'ESPT d'un niveau sévère à modéré et une réduction significative des comportements d'évitement dans les deux cas traités. Ils avaient également repris une participation sociale dans leur communauté. Après 6 et 12 mois post-traitement, les gains se maintenaient même si les cauchemars demeuraient présents à raison de deux fois par mois chez CM et que les intrusions se maintenaient à un niveau modéré en contexte de déplacement en transport en commun. Quant à KE, il gérait de façon satisfaisante ses comportements colériques et avait diminué considérablement sa consommation d'alcool.

Sur le plan des études de groupes, une seule à notre connaissance, a évalué l'efficacité d'une TCCom brève et précoce chez des accidentés de la route avec TCCléger et ÉSA initial (Bryant *et coll.*, 2003). L'objectif de l'étude consistait à évaluer l'efficacité de la TCCom précoce, par rapport à une thérapie de soutien, pour prévenir le développement de l'ESPT chez le groupe d'accidentés TCC léger. L'étude permet d'observer des résultats encourageants puisque 8 % seulement des participants ayant reçu la TCCom répondaient aux critères de l'ESPT à 6 mois post-traitement comparativement à 58 % chez le groupe ayant reçu la thérapie de soutien. Harvey, Bryant *et coll.* (2003) rappellent cependant que les critères d'admissibilité très exclusifs utilisés dans la recherche, joints à une proportion non négligeable d'abandon du traitement (20 %) chez le groupe de la condition TCCom limitent la possibilité de généralisation de ces résultats à d'autres populations ESPT.

Ces quelques études portant sur le traitement de l'ESPT dans le cas d'une comorbidité neurologique méritent d'être mentionnées pour illustrer la nécessité d'adapter l'approche cognitivo-comportementale dans le traitement de populations présentant des séquelles neuropsychologiques (King, 2002; McMillan, 1996; Williams *et coll.*, 2003) s'ajoutant aux séquelles psychologiques. Non seulement le niveau d'activation du système nerveux autonome et l'anxiété générée par la présence d'un ESPT peuvent-ils « surcharger » le système cognitif (Eysenck, 1992) déjà fragilisé chez les personnes avec TCC mais, inversement, certains auteurs soulignent que le niveau de stress vécu par cette population

pour composer au quotidien avec les séquelles et changements découlant de son traumatisme cérébral la rendrait plus vulnérable au développement d'une réaction de stress post-traumatique et à moins bien s'intégrer sur le plan psychosocial et occupationnel (Bryant *et coll.*, 2001).

Les études de cas précédentes intégrant l'approche cognitivo-comportementale aux interventions de réadaptation auprès des personnes présentant un TCC tiennent compte du fait que les séquelles cognitives et comportementales, telles que la difficulté à se concentrer, à intégrer l'information verbale ou à maîtriser les réactions d'hyperactivité nerveuse, doivent être prises en considération de façon préalable mais également tout au long du traitement pour favoriser un meilleur pronostic de traitement et diminuer les risques d'abandon de la thérapie. Williams *et coll.* (2003) soulignent d'ailleurs que certains problèmes cognitifs, tels que des troubles d'attention, compliquent la gestion des pensées intrusives et des images par la personne en cours de thérapie. Une autre étude (King, 2002) rappelle également l'importance d'évaluer le niveau d'atteinte sur le plan des fonctions exécutives puisqu'il pourrait exister un risque, bien qu'assez faible, chez certains TCC avec ESPT, que les procédures d'exposition aux éléments traumatiques puissent précipiter des « épisodes persévératifs » très souffrants pour la personne en traitement. Le cas rapporté par l'auteur présente en effet des intrusions envahissantes et continues pendant plusieurs jours à la suite d'une procédure d'exposition. Il explique ce phénomène par l'atteinte des mécanismes d'inhibition et d'autorégulation d'origine frontale qui ne peuvent plus agir comme frein à l'envahissement des pensées intrusives ou flashs-back. Ces quelques études de cas suggèrent finalement que l'administration de la TCCom ne peut être réalisée auprès des TCC/ESPT dans les mêmes délais et au même rythme que dans les études rapportées par Harvey, Bryant *et coll.* (2003), au risque de créer des attentes pronostiques non réalistes et décevantes à la fois pour la personne, sa famille et le personnel traitant.

9. Pistes de recherches futures

Nous avons voulu souligner l'importance d'être vigilant face à l'impact de certains facteurs de comorbidités, tels que le TCC, sur le diagnostic et le traitement de populations présentant des problématiques physiques, neurologiques et psychologiques se superposant à

l'état de stress post-traumatique. Nous partageons l'opinion de plusieurs auteurs cités quant à la nécessité d'évaluer les antécédents neurologiques, développementaux et personnels puisque certaines conditions comorbides peuvent coexister avec l'ESPT. On doit porter une attention particulière aux circonstances péritraumatiques entourant un épisode de violence ou d'accident afin de tenter de départager le plus possible l'impact de facteurs neurologiques pouvant être associés à l'événement traumatisant. Cette analyse permettra, par exemple, d'exclure ou de suspecter la possibilité d'une atteinte neurologique provoquée par une intoxication chimique au cours d'un accident de travail ou encore par des coups répétés portés à la tête lors d'une agression. Ces facteurs péritraumatiques peuvent en effet entraîner des symptômes neurocognitifs et neuro-comportementaux qui peuvent être confondus avec certains symptômes d'ESPT. C'est le cas par exemple de l'hyperactivité neurovégétative à l'origine de troubles attentionnels, de sommeil ou d'irritabilité comportementale. Certains auteurs suggèrent d'ailleurs de développer des critères diagnostiques dans l'avenir qui tiennent compte de la complexité clinique des populations présentant des atteintes neurologiques et neuropsychologiques concomitantes au traumatisme psychologique.

Sur le plan des pistes de recherches futures, nous partageons la perception de plusieurs des chercheurs mentionnés selon laquelle des études contrôlées doivent être menées de façon prioritaire dans l'avenir pour évaluer l'impact des symptômes cognitifs et émotionnels de l'ESPT sur le fonctionnement intellectuel et comportemental au quotidien de différentes populations. D'autre part, une meilleure compréhension de cet impact entraînera un diagnostic et une orientation plus rapide de la personne traumatisée vers des ressources de traitement spécialisées, idéalement interdisciplinaires, afin de favoriser un partage des multiples expertises menant à des interventions plus ciblées et prenant en considération les facteurs de comorbidités. Pour atteindre cet objectif, une adaptation et une validation des instruments psychologiques s'imposent dans l'avenir pour mieux distinguer les symptômes d'origine neurologique et psychologique.

Le second axe de recherche prioritaire concerne les études d'efficacité du traitement cognitivo-comportemental en présence d'un ESPT avec conditions comorbides. Actuellement, peu d'études ont évalué cette efficacité bien que des données préliminaires semblent suggérer l'efficacité de cette thérapie pour atténuer l'intensité des symptômes

d'ESPT malgré la présence d'un TCC. Il est essentiel que de telles études soient réalisées dans l'avenir pour adapter le traitement à des populations pouvant présenter certaines incapacités sur le plan cognitif et comportemental.

La neuropsychologie clinique peut apporter une contribution importante pour tenter de départager les facteurs interagissant avec la problématique d'ESPT tant sur le plan du diagnostic que sur le plan du traitement, et de proposer des ajustements favorisant un meilleur pronostic de traitement.

Références

- Barrett, D. H., Green, M. L., Morris, R., Giles, W. H. et Croft, J. B. (1996). Cognitive functioning and posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 153(11), 1492-1494.
- Blake, D., Weathers, E., Nagy, L., Kaloupek, D., Klauminzer, G., Charney, D. et Keane, T. (1990) *Clinician Administered PTSD Scale (CAPS)*. Boston, MA, National Centre for Post-Traumatic Stress Disorder. Behavioral Science Division.
- Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Barton, K.A., Taylor, A.E., Loos, W.R. et Jones-Alexander, J. (1996). One-year prospective follow-up of motor vehicle accident victims. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 775-786.
- Boyer, R., Guay, S. et Marchand, A. (2006). Épidémiologie de l'ESPT dans la population générale. Dans S. Guay et A. Marchand (dir.). *Les troubles liés aux événements traumatiques. Dépistage, évaluation et traitements*. Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, chapitre 2.
- Branca, B. et Lake, A.E. (2004) Psychological and neuropsychological integration in multidisciplinary pain management after TBI. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 19 (1), 40-57.
- Bremner, J. D., Southwick, S.M. et Charney, D.S. (1999). The neurobiology of posttraumatic stress disorder : An integration of human and animal research. P.A. Saigh et J.D.
- Bremner (dir.) *Posttraumatic stress disorder : A comprehensive text*. Needham Heights, MA, Allyn et Bacon, 103-143.
- Brewin, C. R. (2001). A cognitive neuroscience account of post-traumatic stress disorder and its treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 373-393.
- Brewin, C. R., Andrews, B. et Rose, S. (1999). Fear, helplessness, and horror in posttraumatic stress disorder : Investigating DSM-IV criterion A2 in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 499-509.

Brewin, C. R., Dalgleish, T. et Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychology Review*, 103 (4), 670-686.

Bryant, R. A. (1996). Posttraumatic stress disorder, flashbacks and pseudomemories in closed head injury. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 621-629.

Bryant, R. A. et Harvey, A.G. (1995). Acute stress response: A comparison of head injury and non-head injury clients. *Psychological Medicine*, 25, 869-874.

Bryant, R. A. et Harvey, A.G. (1998a). Relationship of acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following mild traumatic brain injury. *American Journal of Psychiatry*, 155, 625-629.

Bryant, R. A. et Harvey, A.G. (1998b). A comparison of traumatic memories and pseudo-memories in posttraumatic stress disorder. *Applied Cognitive Psychology*, 12, 81-88.

Bryant, R. A. et Harvey, A.G. (1999a). The influence of traumatic brain injury on acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following motor vehicle accidents. *Brain injury*, 13, 15-22.

Bryant, R. A. et Harvey, A.G. Postconcussive symptoms and posttraumatic stress disorder after mild traumatic brain injury. *The journal of Nervous and Mental Disease*, 187 (5) 302-305.

Bryant, R. A. et Harvey, A.G. (2000). *Acute stress disorder: a handbook of theory, assessment and treatment*. American Psychological Association, Washington, DC.

Bryant, R. A., Harvey, A.G. et Basten C. (1998). Treatment of acute stress disorder: A comparison of cognitive-behavioral therapy and supportive counselling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (5), 862-866.

Bryant, R. A., Marosszeky, J. E., Crooks, J. et Gurka, J.A. (2000). Posttraumatic stress disorder following severe traumatic brain injury. *American journal of psychiatry*, 157, 629-631.

Bryant, R. S., Marosszeky, J. E., Crooks, J., Baguley, I.J. et Gurka, J.A. (1999). Interaction of posttraumatic stress disorder and chronic pain following traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 14(6), 588-594.

- Bryant, R. S., Marosszeky, J. E., Crooks, J., Baguley, I. J. et Gurka, J. A. (2000) Coping style and post-traumatic stress disorder following severe traumatic brain injury. *Brain injury*, 14(2), 175-180.
- Bryant, R. A., Marosszeky, J. E., Crooks, J., Baguley, I. J. et Gurka, J. A. (2001). Posttraumatic stress disorder and psychosocial functioning after severe traumatic brain injury. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189 (2), 109-113.
- Bryant, R. A., Moulds, M., Guthrie, R. et Nixon, R. (2003). Treating acute stress disorder following mild traumatic brain injury. *American Journal of Psychiatry*, 160, 585-587.
- Burges, C. et McMillan, T.M. (2001). The ability of naïve participants to report symptoms of post-traumatic stress disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 209-214.
- Cassidy, K. L. et Lyons, J. A. (1992). Recall of traumatic memories following cerebral vascular accident. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 627-631.
- Creamer, M., Burgess, P. et Pattison, P. (1992). Reaction to trauma: A cognitive processing model. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 452-459.
- Crews, W. D. et Harrison, D. W. (1995). The neuropsychology of depression and its implication for cognitive therapy. *Neuropsychology Review*, 5, 81-123.
- Dalton, J. E., Pederson, S. L. et Ryan, J. J. (1989). Effects of posttraumatic stress disorder on neuropsychological test performances. *International Journal of Clinical Neuropsychology*, 11, 121-124.
- Danckwerts, A. et Leathem, J. (2003) Questioning the link between PTSD and cognitive dysfunction. *Neuropsychology Review*, 13(4), 221-235.
- Davey, G. C. L. (1989). UCS revaluation and conditioning models of acquired fear. *Behavior Research and Therapy*, 27, 521-528.
- Eysenck, M. W. (1992). *Anxiety: The cognitive perspective*. Hove, Lawrence Erlbaum Associates.

First, M. B., Spitzer, R. L., M. et Williams, J. B. W. (1995). *Structured Clinical Interview for Axis I DSM-IV Disorders-Client edition*. New York, New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research Department.

Foa, E. B. et Riggs, D. S. (1995). Posttraumatic stress disorder following assault: Theoretical considerations and empirical findings. *Current directives in Psychological Sciences*, 4, 61-65.

Foa, E. B., Riggs, D. S., Massie, E. D. et Yarczower, M. (1995). The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 26, 487-499.

Foa, E. B., Steketee, G. et Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualization of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155-176.

Folzer, S. M. (2001). Psychotherapy with "mild" brain-injured clients. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71 (2), 245-251.

Gil, T., Calev, A., Greenberg, D., Kugelmass, S. et Lerer, B. (1990). Cognitive functioning in posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 29-45.

Gillepsie, K., Duffy, M., Hackman, A. et Clark, D. M. (2002). Community based cognitive therapy in the treatment of post-traumatic stress disorder following the Omagh bomb. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 345-357.

Grey, N., Holmes, E. et Brewin, C. R. (2001). Peritraumatic emotional "hot spots" in memory. *Behavior and Cognitive Psychotherapy*, 29, 367-372.

Gurvits, T. V., Lasko, N. B., Schachter, S. C., Kutine, A. A., Orr, S. P. et Pitma, K. (1993). Neurological status of Vietnam veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 5, 188.

Harvey, A. G., Brewin, C. R., Jones, C. et Kopelman, M. D. (2003). Coexistence of post-traumatic stress disorder and traumatic brain injury: Towards a resolution of the paradox. *Journal of International Neuropsychological Society*, 9, 663-676.

Harvey, A. G. et Bryant, R. A. (1998). Acute Stress Disorder following mild traumatic brain injury. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 333-337.

- Harvey, A. G. et Bryant, R. A. (1999). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: A 2-year prospective evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(6), 985-988.
- Harvey, A. G. Et Bryant, R. A. (2000). A two-year prospective evaluation of the relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following mild traumatic brain injury. *American Journal of Psychiatry*, 157, 626-628.
- Harvey, A. G., Bryant R. A. et Tarrier, N. (2003). Cognitive behaviour therapy for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23, 501-522.
- Hibbard, M. R. Uysal, S., Kepler, K., Bogdany, J. et Silver, J. (1998). Axis I psychopathology in individuals with TBI. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 13, 24-39.
- Hickling, E. J., Gillen, R., Blanchard, E. B., Buckley, T. et Taylor, A. (1998). Traumatic brain injury and posttraumatic stress disorder: A preliminary investigation of neuropsychological test result in PTSD secondary to motor vehicle accidents. *Brain Injury*, 12, 265-274.
- Horowitz, M., Wilner, N. et Alvarez, W. (1979). Impact of event scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41 (3), 209-218.
- Joseph, S. et Masterson, J. (1999). Posttraumatic stress disorder and traumatic brain injury: Are they mutually exclusive? *Journal of Traumatic Stress*, 12, 437-453.
- King, N. S. (2002). Perseveration of traumatic re-experiencing in PTSD; a cautionary note regarding exposure based psychological treatments for PTSD when head injury and dysexecutive impairment are also present. *Brain Injury*, 16 (1), 65-74.
- Knight, J. A. (1997). Neuropsychological assessment in posttraumatic stress disorder. Dans J. P. Wilson et T. M. Keane (dir.). *Assessing Psychological Trauma in PTSD*. New York, Guilford Press.
- Knight, J. A. et Taft, C. T. (2004). Assessing neuropsychological concomitants of trauma and PTSD. Dans J. B. Wilson et R. J. Keane, T. M. (dir.). *Assessing Psychological Trauma in PTSD*. New York, Guilford Press.

- Lees-Haley, P. R. et Dunn, J. T. (1994). The ability of naive subjects to report symptoms of mild brain injury, post-traumatic stress disorder, major depression and generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 50 (2), 252-256.
- Max, J. E., Castillo, C. S., Robin, D. A., Lindgren, S. D., Smith, W. L., Sato, Y. Et Arndt, S. (1998). Posttraumatic stress symptomatology after childhood traumatic brain injury. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 589-596.
- Mayou, R., Bryant, B. Et Duthie, R. (1993). Psychiatric consequences of road accidents. *British Medical Journal*, 307, 647-651.
- McGrath, J. (1997). Cognitive impairment associated with post-traumatic stress disorder and minor head injury: A case report. *Neuropsychological Rehabilitation*, 7 (3), 231-239.
- McMillan, T. M. (1996). Post-traumatic stress disorder following minor and severe closed head injury: 10 singles cases. *Brain Injury*, 10, 749-758.
- Mc Millan, T. M. (2001). Errors in diagnosing post-traumatic stress disorder after traumatic brain injury. *Brain Injury*, 15 (1) 39-46.
- McNally, R. J., Kaspi, S. P., Riemann, B. C. Et Zeitlin, S. B. (1990). Selective processing of threat cues in posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 398-402.
- Merskey, H. (1992). Psychiatric aspects of neurology of trauma. *Neurology Clinics*, 10 (4), 895-905.
- Moses, J. A. Et Maruish, M. E. (1988). A critical review of the Luria-Nebraska neuropsychological battery literature: V. Cognitive deficit in miscellaneous psychiatric disorders. *International Journal of Clinical Neuropsychology*, 60 (2), 63-73.
- Mylle, J. et Maes, M. (2004). Partial posttraumatic stress disorder revisited. *Journal of Affective Disorders*, 78, 37-48.
- Parker, R. S. (2002). Recommendation for the revision of DSM-IV diagnostic categories for co-morbid posttraumatic stress disorder and traumatic brain injury. *Neuro-Rehabilitation*, 17, 131-143.

- Rutherford, W. H. (1989). Post concussive symptoms. Relationship to acute neurological indices, individual differences, and circumstances of injury. Dans H. S. Levin, J. Grafman et H. M. Eisenberg (dir.). *Neurobehavioral recovery form head injury*. New Yord, Oxford University Press, 217-228.
- Sbordone, R. J. et Liter, J. C. (1995). Mild traumatic brain injury does not produce posttraumatic stress disorder. *Brain Injury*, 9, 405-412.
- Schacter, D. L., Chiu, C. -Y. P. et Ochsner, K. N. (1993). Implicit memory : A selective review. *Annual Review of Neuroscience*, 16, 159-182.
- Schreiber, S. et Galai-Gat, T. (1996). *Intrusive memory of pain in posttraumatic stress disorder*. Résumé de presentation du Second World Conference of the International Society for Traumatic Stress Studies, Jerusalem.
- Sharp, T. J. (2004). The prevalence of post-traumatic stress disorder in chronic pain clients. *Current Pain and Headache Reports*, 8 (11), 111-115.
- Squire, L. R. (1992). Declarative and nondeclarative memory: Multiple brain systems supporting learning and memory. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 4, 232-243.
- Starr, A. J., Smith, W. R., Frawley, W. H., Borer, D. S., Morgan, S. J., Reinert, C. M. et Mendoza-Welch, M. (2004). Symptoms of posttraumatic stress disorder after orthopaedic trauma. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 86-A (6), 1115-1121.
- Tarrier, N., Sommerfield, C., Pilgrim, H. et Faragher, B. (2000). Factors associated with outcome of cognitive-behavioural treatment of chronic post-traumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 191-202.
- Taylor, S., Fedoroff, I. C., Koch, W. J., Thordason, D. S., Fecteau, G. et Nicki, R. M. (2001). Posttraumatic stress disorder arising after road traffic collisions: Patterns of response to cognitive-behavior therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 541-551.
- Vasterling, J. J., Duke, L. M., Brailey, K. J., Constans, J. I., Allain, A. N. et Sutker, P. S. (2002). Attention, learning, and memory performances and intellectual resources in Vietnams veterans: PTSD and non disorder comparisons. *Neuropsychology*, 16, 5-14.
- Warden, D. L., Labbate, L. A., Salazar, A. M., Nelson, R., Sheley, E., Staudenmeier, J. et Martin, E. (1997). Posttraumatic stress disorder in clients with traumatic brain injury

and amnesia for the event? *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 9, 18-22.

Watson, C. G., Juba, M. P., Manifold, V., Kucala, T. et Anderson, P. D. (1991). The PTSD interview: Rationale, description, reliability, and concurrent validity of a DSM-III-based technique. *Journal of Clinical Psychology*, 47, 179-188.

Williams, W. H., Evans, J. J. et Wilson, B. A. (2003). Neurorehabilitation for two cases of post-traumatic stress disorder following traumatic brain injury. *Cognitive Neuropsychiatry*, 8 (1), 1-18.

Williams, W. H., Evans, J. J., Wilson, B. A. et Needham, P. (2002). Prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms after severe traumatic brain injury in a representative community sample. *Brain Injury*, 16 (8), 673-679.

Wolfe, J., et Charney, D. S. (1991). Use of neuropsychological assessment in posttraumatic stress disorder. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3 (4), 573-580.

Salewski, C., Thompson, W. et Gottesman, I. (1994). Comparison of neuropsychological test performance in PTSD, generalized anxiety disorder, and control Vietnam veterans. *Assessment*, 1, 133-142.

Zeitlin, S. B. et McNally, R. J. (1991). Implicit and explicit memory bias for threat in posttraumatic stress disorder. *Behavior Research and Theory*, 29, 451-457.

CHAPITRE III

SPECIFICITY OF COGNITIVE AND BEHAVIOURAL COMPLAINTS IN POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER AND MILD TRAUMATIC BRAIN INJURY (ARTICLE I)

Specificity of cognitive and behavioural complaints in Post-Traumatic Stress Disorder and Mild
Traumatic Brain Injury

Hélène Pineau

Université du Québec à Montréal, Centre de Réadaptation Lucie-Bruneau, Montréal, Canada

André Marchand

Université du Québec à Montréal, Centre d'Étude du Trauma de l'Hôpital

Louis-H. Lafontaine, Montréal, Canada

Stéphane Guay

Centre d'Étude du Trauma de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, Montréal, Canada

Soumis pour publication à : *Journal of Trauma and Dissociation*

Résumé

Cet article explore la caractérisation des plaintes cognitives et comportementales chez un groupe de personnes présentant un État de Stress Post-Traumatique (ESPT), accompagné ou non d'un Traumatisme Cranio-Cérébral Léger (TCCL). La sévérité des symptômes d'ESPT, de dépression et d'anxiété générale est considérée comme facteur pouvant moduler les plaintes. *Méthodologie* : Des questionnaires de symptômes auto-rapportés portant sur des changements cognitifs et comportementaux constatés depuis l'événement traumatique sont administrés à quatre groupes de participants, soit un groupe présentant un ESPT, un TCCL ou les deux diagnostics simultanément (TCCL/ESPT), ainsi qu'à un groupe témoin. Certaines variables confondues tels que les antécédents médicaux, développementaux ou neurologiques sont contrôlés. *Résultats* : Tous les groupes rapportent davantage de plaintes au niveau cognitif et comportemental depuis l'événement traumatique. Les groupes ESPT et TCCL/ESPT rapportent plus de symptômes anxieux, dépressifs, et de plaintes en comparaison avec les groupes TCCL et témoin. Les proches des groupes avec ESPT confirment la plupart des changements comportementaux rapportés. Certaines spécificités au niveau de plaintes selon les groupes sont observées. *Conclusion* : Les résultats confirment l'utilité des questionnaires de symptômes auto-rapportés dans la caractérisation des changements cognitifs et comportementaux rapportés par des groupes présentant un ESPT et un TCCL. Cette caractérisation est importante afin de personnaliser les interventions thérapeutiques en fonction des plaintes rapportées par les populations présentant un ESPT, selon qu'il s'accompagne ou non d'un TCCL.

Mots clés : État de stress post-traumatique, Traumatisme cranio-cérébral Léger, plaintes cognitives, symptômes post-commotionnels.

Abstract

Characterization of cognitive and behavioural complaints is explored in PTSD and MTBI samples according to severity of PTSD, depression, and general anxiety conditions. *Methodology:* Self-reported questionnaires on cognitive and behavioural changes are administered to PTSD, MTBI and MTBI/PTSD groups and controls. Confounding variables such as medical, developmental or neurological antecedents are controlled. *Results:* All groups report more cognitive and behavioural complaints since trauma. PTSD and MTBI/PTSD report more symptoms of anxiety, depression and complaints compare to MTBI group. Relatives of PTSD group confirm most of behavioural changes reported. Some specificity of complaints is observed according to group. *Conclusion:* Results suggest utility of self-reported questionnaires to precise the nature of cognitive and behavioural changes in PTSD and MTBI groups and to personalize helpful interventions designed to cope with impacts of trauma.

Key words : Post-traumatic stress disorder, Mild traumatic brain injury, Cognitive complaints, Post-concussion symptoms.

Clinical psychologists who work with individuals with post-traumatic stress disorder (PTSD) are often faced with complaints of persistent and worrisome cognitive problems, including daily difficulty with memory and concentration. These difficulties can decrease the effectiveness of therapeutic interventions. Depending on the severity of the complaints, the psychologist or client may seek help from a neuropsychologist in order to establish the nature and intensity of the problems. The rationale for this process is to exclude neuropsychological conditions that could explain the reported symptoms, such as Mild Traumatic Brain Injury (MTBI), for example. A medical investigation is strongly recommended if the traumatic event included a physical element (e.g., a blow to the head during an assault or accident) that could have produced neurological problems. Such problems may be ignored or minimized during the initial medical evaluation or hospitalization when severe psychological reactions or obvious physical injuries are present (Knight & Taft, 2004).

MTBI represents approximately 85% of all traumatic brain injuries in North America (Borg et coll., 2004). The cluster of acute symptoms that develop subsequent to MTBI is referred to as post-concussion syndrome (PCS). The symptoms (e.g., headaches, dizziness, irritability, memory and concentration problems) become chronic in 5% to 15% of individuals (Carroll, Cassidy, Peloso, Borg, Von Holst, Holm, Paniak, & Pépin, 2004). Further, the symptoms common to PCS overlap partially with the symptoms of PTSD (McMillan, 2001), resulting in confusion in patients and treating clinicians when an individual presents persistent cognitive difficulties after treatment for PTSD, despite improvement in his or her emotional and behavioural condition.

Clinical neuropsychologists may also be presented with this type of problems in patients with MTBI subsequent to an accident, physical assault, or military operation. For example, MTBI is the second most common problem among injured survivors of the military operations in Iraq and Afghanistan, second only to orthopedic injuries according to Tanelian & Jaycox (2008). Not surprisingly, the literature in this area refers to MTBI as the “signature injury” in these two military conflicts. MTBI most commonly occurs during attacks by improvised explosive devices (IED). Survivors may present concomitant PTSD subsequent to the same event, thereby further complicating the evaluation, diagnosis, and treatment of the physical and neurological injuries. Neuropsychologists may wish to refer such patients to

psychologists specialized in PTSD to determine whether or not psychological treatment is recommended. Patients may present persistent PCS that were hidden or exacerbated by a psychological condition.

In the context of rationalized or specialized medical or psychological health care services for individuals with PTSD and/or MTBI, psychologists and neuropsychologists rarely work in the kind of interdisciplinary environment that would allow the two problems to be addressed simultaneously through a combined treatment plan. Given the lack of opportunity for interdisciplinary treatment, the use of questionnaires that measure the nature and intensity of cognitive and behavioural change since the event should be considered. Such questionnaires are quick and cost-effective and allow clinicians to improve planning and orientation of evaluation and treatment. What is the nature and intensity of symptoms in each of these populations? Are there population-specific complaints that should be addressed in treatment?

The few existing studies about cognitive problems in MTBI and PTSD focus primarily on military veterans with PTSD (Biddle, Elliott, Creamer, Forbes & Devilly, 2002) or on civilians with MTBI (Stulemeijer, Vos, Bleijenbergh, & Van der Werf, 2007; Chamelien & Feinstein, 2006). Two studies (Vanderploeg, Heather, Belanger, & Curtiss, 2009; Hoge, McGurk, Thomas, Cox, Engel, & Castro, 2008) explored the nature of complaints in individuals with PTSD and self-reported MTBI. Hoge and colleagues (2008) studied a group of soldiers recently home from Iraq, and concluded that the health problems and cognitive complaints characteristic of MTBI (e.g., brief loss of consciousness or alteration in consciousness) reported by this group could be equally as well explained by PTSD with comorbid depression. The authors inferred a mediating or moderating role of PTSD and depression in the expression of physical and cognitive symptoms in veterans with presumed double diagnoses. Vanderploeg and colleagues (2009) studied a mixed group of soldiers and civilians with chronic initial PTSD and subsequent MTBI sustained several months or years later. Their results suggested that, when MTBI occurs in the context of pre-existing PTSD, the effectiveness of psychological treatment for the trauma symptoms is compromised. According to Vanderploeg and colleagues, the presence of PTSD contributes independently and more significantly than MTBI to subjective physical, cognitive, and emotional

symptoms. They argue that neither condition mediates or moderates the symptomatology of the other; rather, their effect is cumulative.

Certain methodological problems in the previous studies limit the generalization of the conclusions. For example, the conclusions of two previous studies (Hoge *et coll.*, 2008; Vanderploeg & al., 2009) are respectively based on statistical analyses conducted with data from one or two general questions concerning attention and memory, and on data from clinical populations whose diagnoses were established from subjective, retrospective reports (e.g., participants were asked to recall whether or not they “thought they had lost consciousness” during military operations several months earlier). Further, the diagnoses of MTBI and PTSD were not based on medical file information or formal psychological evaluation, and the absence of a control group precludes information about baseline symptoms in the general population. Finally, some study designs failed to sufficiently control for the presence of pre-existing (prior to the traumatic event) or concurrent medical, neurological, and developmental conditions; we therefore cannot be confident that participants’ reports of their complaints were unaffected by these conditions.

Objectives

The objective of the present study was to describe and document the cognitive and behavioural symptoms of PTSD and MTBI, while correcting some of the methodological problems of past studies. Reports of cognitive and behavioural symptoms were gathered from three groups of participants with psychological and/or neurological trauma: individuals with PTSD, individuals with MTBI, and individuals with a double diagnosis of PTSD and MTBI. The inclusion of a non-clinical control group allowed us to document and compare the frequency of cognitive and behavioural complaints in a normative sample. Control group participants were paired with participants in the clinical groups by age, education, and, where possible, gender. The use of a control group is critical because some cognitive complaints (e.g., memory and concentration problems) and behavioural symptoms (e.g., fatigue and irritability) are prevalent among the general population.

Second, rather than two or three general questions about cognitive symptoms, the present study used three detailed self-report questionnaires to better capture the nature and intensity of cognitive and behavioural symptoms before and after the traumatic event.

Finally, the diagnoses of MTBI and PTSD were established from medical history and through a formal interview based on DSM-IV-TR criteria. The addition of inclusion and exclusion criteria allowed us to ensure that the reported symptoms were not attributable to pre-existing (i.e., prior to the trauma) attention and learning deficits (Gurvits & al., 2000), alcohol abuse (Samuelson & al., 2006), brain injury (McMillan, 2001), or medical conditions that could diminish cognitive capacities (e.g., history of CVA, uncontrolled metabolic condition such as hypo or hyperthyroidism). The presence of psychological conditions commonly comorbid with PTSD and MTBI (e.g., anxiety, depressive symptoms, and fatigue) were also controlled.

Research Questions

In light of the exploratory nature of the study and the limited existing literature in the area, three research questions were developed: 1) Given the overlap in clinical symptomatology between PTSD and MTBI, are the symptoms reported by individuals in these two groups similar in nature and intensity? 2) Does the presence of comorbid MTBI and PTSD intensify the expression of symptoms in a “cumulative” effect, as suggested by Vanderploeg and colleagues (2009)? 3) Are the complaints reported by the three clinical groups (MTBI, PTSD, and MTBI/PTSD) independently validated by relatives, as in Biddle and colleagues (2002)?

Method

Participants

PTSD group

Twenty-five participants with a formal diagnosis of PTSD were included in the study. The participants were recruited through advertisements in the community or were referred by

medical or mental health professionals at the *Centre d'Étude du Trauma* [Centre for Trauma Research] at the research centre at Louis-H Lafontaine hospital in Montreal.

MTBI group

Nineteen participants with a formal diagnosis of MTBI (based on medical records) were included. Criteria for MTBI were based on the international definition of mild traumatic brain injury (see Carroll, Cassidy, Peloso, & al., 2004). The criteria were as follows: period of altered consciousness for less than 30 minutes, Glasgow Coma Scale score between 13 and 15, and Post-Traumatic Amnesia (PTA) for less than 24 hours. Participants were recruited in a tertiary rehabilitation centre for traumatic brain injury (*Centre de Réadaptation Lucie-Bruneau* [Lucie Bruneau Rehabilitation Centre]) in Montreal.

MTBI/PTSD group

Following evaluation of medical history and psychiatric condition, six of the 25 participants with MTBI were diagnosed with symptoms of post-traumatic stress.

Control group

The twenty-five participants in this group were civilians recruited through advertisements in the newspaper or on the Internet. Each control participant was paired with a PTSD and/or MTBI participant, according to age, education, and gender, wherever possible. To meet the inclusion criteria for the study, participants had to be between 18 and 60 years old.

Language and litigation

The PTSD and MTBI groups were similar across ethnicity and spoken language (mostly Caucasian, with French as their first language). The few foreign participants in each group were screened over the telephone to ensure that their oral and written French were sufficient. Nine participants in the PTSD group were involved in litigation and one was excluded from the study due to suspected malingering during the evaluation process. None of the participants in the MTBI group were involved in litigation at the time of the evaluation.

Exclusion Criteria

Exclusion criteria for the present study were as follows: 1) medical conditions, including uncontrolled diabetes or hypertension, heart disease, uncontrolled metabolic disease (e.g., hypothyroidism), history of traumatic brain injury prior to referral to the rehabilitation centre, or other diseases with the potential to affect brain functioning prior to or since the trauma (e.g., cerebro-vascular accident, epileptic condition); 2) alcohol or drug abuse; 3) learning disorder or attention deficit in school; 4) history of physical violence during infancy; 5) psychiatric history (e.g., dysthymic disorder, bipolar disorder); and 6) suspected malingering during the evaluation. Of the 135 participants recruited or referred to the study, we excluded thirty-five PTSD participants, twenty-two MTBI participants, and two controls. The percentage of excluded participants in each group was as follows: 58.3% in the PTSD group (35 excluded/60 recruited), 52.4% in the MTBI group (22/42), 7.4% in the control group (2/27), and 0% in the MTBI/PTSD group (0/6). The primary reasons for exclusion, in descending order, were the following: dropped out or were no longer interested (11 PTSD; 5 MTBI); suspected or confirmed prior brain injury (9 PTSD; 1 control); uncontrolled medical condition (6 PTSD; 3 MTBI; 1 control); age over 60 years (3 PTSD; 4 MTBI); history of drug or alcohol abuse (2 PTSD; 4 MTBI); insufficient French language skills (2 PTSD; 2 MTBI); suspected visual, sensory, or motor problems (2 MTBI); developmental attention problems (1 PTSD; 1 MTBI), suspected bipolar disorder (1 MTBI); and suspected malingering (1 PTSD). That over 50% of recruited participants in the PTSD and MTBI groups were excluded confirms the importance of controlling for the high comorbidity in these populations in order to avoid complaints attributable to conditions other than PTSD and MTBI.

Procedure

Participants were informed that participation in the study was voluntary, and all participants provided written consent prior to the study. Participants were offered financial compensation for their time and transportation costs. As a prerequisite for entering the study, participants underwent a complete psychological screening, including a formal evaluation to establish the presence of PTSD as a primary condition, and to evaluate possible secondary

conditions, such as anxiety and mood disorders. Self-report questionnaires regarding cognitive and behavioural changes observed since the trauma were completed in the context of a neuropsychological evaluation of cognitive status (results not presented here).

The present study was conducted at Louis-H Lafontaine Hospital in Montreal (Quebec) and at the Lucie Bruneau Rehabilitation Centre; the ethics committees at both institutions approved the project. The same evaluator met with each participant at one or the other centre, according to the origin of the referral. Questionnaires were completed at home between evaluation sessions.

Assessment

Psychological condition

Participants were included in the PTSD group only if PTSD was the primary diagnosis and if all other psychological conditions (e.g., depression; other anxiety problems, such as panic attacks) were secondary to PTSD. The diagnoses were established using the Structured Clinical Interview for DSM-IV for Axis I disorders (SCID; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 2002). The Clinician Administered PTSD Scale for DSM-IV Revised (CAPS; Blake, Weathers, Nagy, Kaloupek, Charney, & Keane, 1998) was administered to establish the frequency and severity of PTSD symptoms in the PTSD and MTBI groups. A trained psychologist who was blind to the participants' psychological conditions before their referrals administered the structured interviews. To examine the impact of the three symptoms clusters of PTSD on self-report measures of cognitive problems, the Impact of Event Scale-Revised (IES-R; Weiss & Marmar, 1997) was administered to the PTSD groups. The Beck Depression Inventory (Beck-II; Beck, Steer & Brown, 1996) was used to evaluate symptoms of depression; the intensity of anxiety symptoms was measured with the State-Trait Anxiety Inventory (STAI; Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg & Jacobs, 1983). For obvious ethical reasons, participants taking medication were not excluded. However, participants' medication regimens had to be stable during the evaluation process, with no modification during the study. Participants' medications included tricyclic antidepressants and anxiolytics, as well as painkillers for participants injured during their respective traumatic events.

Assessment of cognitive and behavioural complaints

The Cognitive Failure Questionnaire (CFQ; Broadbent, Cooper, Fitzgerald & Parkes, 1982) and the Frontal Systems Behaviour Scale (FrSBe; Grace & Malloy, 2001) were used to evaluate cognitive and behavioural problems. The CFQ is a 25-item self-report measure of cognitive failures in perception (e.g., failure to find an item in the supermarket although it is there), memory (e.g., failure to remember names) and motor function (e.g., inadvertently bumping into people) in everyday functioning. The five-point Likert scale measures frequency, from 0 (*never*) to 4 (*very often*), for each cognitive failure. For the purpose of the present study, we identified two time periods (before and after the trauma/accident) for the PTSD group.

The Frontal Systems Behavior Scale (Grace & Malloy, 2001) measures behaviour associated with frontal lobe dysfunction. It comprises three subscales: apathy (i.e., loss of interest), disinhibition (i.e., irritability) and executive dysfunction (i.e., disorganization). In addition to the participant self-report form, the scale includes a rating form to be completed by a close relative, to provide independent ratings of the behaviour problems reported by the participant. The FrSbe is a 46-item measure of three dimensions before and after the event. The terms “disease” and “injury” in the original questionnaire were replaced with “trauma” and “accident” for the purposes of the present study. Participants and relatives (spouse, other family member, close friend) used a five-point Likert scale to estimate the frequency of each behaviour from 1 (*never*) to 5 (*almost always*) before and after the event. Relatives completed the family version of the questionnaire and returned it by mail, anonymously. Along with the questionnaire, relatives received instructions and a form to be signed, authorizing us to use the data provided. The FrSbe has not been validated specifically for a PTSD population. However, the relevance of frontal dysfunction, particularly striato-thalamic circuit structures (e.g., the amygdala and the hippocampus) is hypothesized in the PTSD literature (see Hull, [2002] for a review). The results of a PTSD population on the FrSbe could provide preliminary clues about frontal dysfunction by documenting behavioural changes in everyday functioning since the trauma. The FrSbe yields three subscales scores and a total score.

A third questionnaire, designed to measure the perceived impact of fatigue (Fatigue Impact Scale; FIS; Fisk, Ritvo, Ross, Haasse, Marrie, & Schlech, 1994), was included. The FIS has three subscales for assessing perceived impact of fatigue: cognitive (10 items), physical (10 items), and psychosocial functioning (20 items). According to Fisk & al. (1994), the FIS subscales reflect dimensions included in other measures of health status and quality of life. The participants used a five-point scale from 0 (*no problem*) to 4 (*extreme problem*) to rate the extent to which fatigue had forced them to modify their daily activities in the last month in each of the three domains. All of the questionnaires used in the present study have good psychometrics properties. See the original articles for details.

Results

Statistical analyses

The first step in the statistical procedure was to compare the three clinical groups' results with the control group's results for age, gender, education, and elapsed time since the trauma, in order to determine whether or not the groups were equivalent (see Table 1). Second, the clinical and control groups were compared on clinical variables, including depression (BDI-II), trait and state anxiety (STAI), and severity of post-traumatic symptoms (IES-R). Third, the results obtained by the clinical and control groups on the measures of cognitive problems (Figure 1), behavioural problems (Table 2 and Figure 2), and fatigue (Table 3) were compared, to determine whether or not the clinical group's symptoms were greater than the symptoms reported in the general population. Finally, multiple regression analyses were conducted to establish the relative independent contributions of depressive, anxious, and post-traumatic conditions to the intensity of reported cognitive problems, behavioural problems, and subjective fatigue.

Descriptive (mean, standard deviation, percentages) and parametric (t-test, ANOVA, post-hocs comparisons with Scheffe test, Partial Eta Squared, correlations, and multiple regressions) analyses were conducted using SPSS version 15. Fisher's exact test was used to compare the male to female ratios between groups. One-way ANOVAs were conducted on four levels of dependent variables (groups). Statistical significance was set at $p < .05$. When the distribution of pooled data scores did not respect the assumptions of normality, score

transformations (square roots or logarithms) were performed. Questionnaires with over 10% missing data were excluded from analyses. Missing data was replaced with the mean substitution method.

Control and clinical variables

Significant differences in means on control and clinical variables are reported in Table 1.

Table 1. Summary of clinical and control variables

| | Groups | | | | Statistical Results | |
|-----------------------------------|------------------------------|--------------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------|----------------|
| | PTSD (<i>n</i> = 25) | MTBI (<i>n</i> = 19) | MTBI/PTSD (<i>n</i> = 6) | Controls (<i>n</i> = 25) | <i>F</i> (<i>df</i>) | Part. η^2 |
| <i>Variables</i> | <i>M</i> (<i>SD</i>) | <i>M</i> (<i>SD</i>) | <i>M</i> (<i>SD</i>) | <i>M</i> (<i>SD</i>) | | |
| Age | 38.5 (12.4) | 40.3 (14.7) | 33.3 (15.9) | 38.9 (12.6) | | |
| Female ^a | 19/25 (76.0%) | 9/19 (47.4%) | 2/6 (33.3%) | 19/25 (76.0%) | | |
| Education | 14.8 (3.1) | 13.4 (3.9) | 12.8 (3.1) | 15.4 (2.6) | | |
| Elapsed time since (in months) | 48.5 (41.8) (range 2-146) | 30.7 (31.6) (3-98) | 9.0 (2.9) (4-11) | N/A | <i>F</i> (2, 47) 3.44* | .13 |
| <i>Clinical</i> | <i>M</i> (<i>SD</i>) | <i>M</i> (<i>SD</i>) | <i>M</i> (<i>SD</i>) | <i>M</i> (<i>SD</i>) | | |
| BDI-II | | | | | <i>F</i> (3, 65) | |
| Total Score | 29.8 ^b (13.0) | 11.6 ^d (11.4) | 23.8 ^b (10.6) | 4.8 ^b (5.0) | 25.81** | .54 |
| STAI | | | | | <i>F</i> (3, 67) | |
| State | 54.0 ^c (11.0) | 37.6 ^c (12.9) | 43.3 (7.8) | 29.3 (6.3) | 25.65** | .53 |
| STAI | | | | | <i>F</i> (3, 67) | |
| Trait | 59.5 ^c (10.2) | 41.1 ^c (14.3) | 55.8 (8.6) | 32.6 (10.4) | 25.18** | .53 |
| IES-R | | | | | <i>F</i> (2, 45) | |
| Intrusion | 18.5 (8.25) | 6.3 (5.5) | 12.5 (7.7) | N/A | 14.39** | .39 |
| Hyperarousal | 16.8 (4.3) | 5.8 (5.4) | 13.5 (5.9) | N/A | 25.97** | .54 |
| Avoidance | 17.9 (8.1) | 4.6 (6.3) | 14.0 (9.1) | N/A | 15.80** | .41 |
| Total score | 53.2 ^b (17.9) | 16.7 ^b (16.2) | 40.0 (21.6) | N/A | 21.85** | .49 |

^a Female/Male ratio is not equivalent across groups (Fisher's exact test, *p* = .047). Due to missing data, *n* was 1^b, 2^c or 3^d lower. * *p* < .05. ** *p* < .01.

There were no statistically significant group differences in average age or education level, but significant differences between groups (Fisher's exact test, $p < .05$) were observed in ratio of male to female participants. The MTBI/PTSD group reported significantly less elapsed time since the trauma than did the PTSD group. Regarding clinical variables, a significant main effect of group was found on the Beck Depression Inventory, on the STAI, and on the IES-R. Post-hoc analysis revealed that the PTSD and MTBI/PTSD groups were significantly more depressed and anxious (state and trait) than were the control and MTBI groups. The PTSD group's scores on anxiety dimensions were significantly different from the MTBI group scores; the latter group's scores did not differ significantly from those of the controls. Post-hoc comparisons further revealed that the PTSD and MTBI/PTSD groups reported significantly greater symptom severity on the IES-R hyperarousal and avoidance subscales than did the MTBI group. The PTSD and MTBI/PTSD did not differ significantly on this scale and the PTSD group differed from the MTBI group on the intrusion subscale only.

Primary and secondary diagnoses

The proportion of participants suffering from moderate to severe PTSD (as assessed by the CAPS interview) was greater in the PTSD group (64%) than in the MTBI/PTSD group (17%). Further, 32% of participants in the PTSD group reported severe PTSD symptoms, as compared to 0% of the participants in the MTBI/PTSD group. In the latter group, the majority of participants presented light to moderate symptoms (33%), sub-clinical symptoms (33%), or partial PTSD symptoms (17%). Only 4% of participants in the PTSD group presented sub-clinical symptoms at the time of evaluation. These findings contrast with results that found no statistical difference between PTSD and MTBI/PTSD groups in severity of trauma symptoms on the IES-R while differences were observed between the same groups when symptoms were assessed by clinical interview.

Results on the SCID revealed that the PTSD group presented more secondary diagnoses than did the MTBI group. Secondary diagnoses reported by participants in the PTSD group included mood disorders (mainly depression – six current, three in remission, two dysthymia) and anxiety disorders (five current panic disorder; seven social or specific

phobias). In the MTBI/PTSD group, two participants presented current symptoms of depression and two others were in remission. One participant with a current anxiety disorder was reported in this group. In comparison, only three participants with depression in remission, one participant with dysthymia, and two participants with remitted panic or generalized anxiety disorder were identified in the MTBI group. Nine PTSD group participants, 14 MTBI group participants, and two MTBI/PTSD group participants spontaneously reported pain symptoms manifested as musculoskeletal pain and/or headaches at the interview.

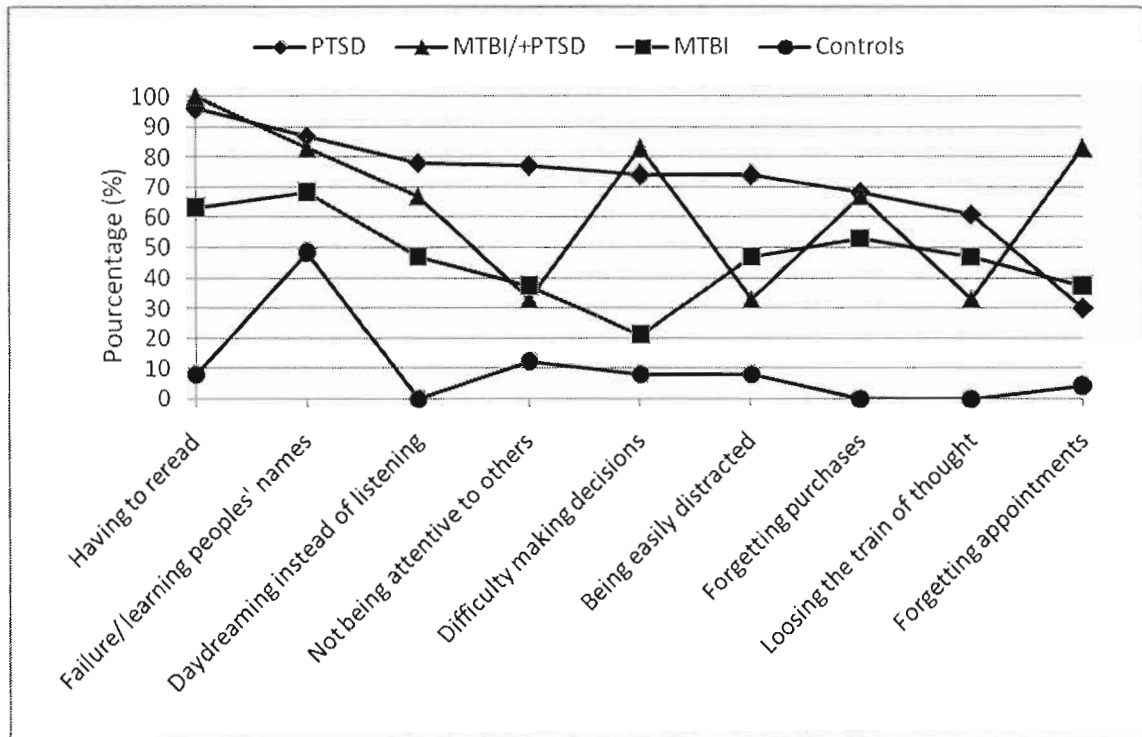
Complaints according to research question

The first research question was: given the overlap in clinical symptomatology between MTBI and PTSD, are the symptoms reported by individuals with these two conditions similar in nature and intensity?

Cognitive Failure Questionnaire. Higher scores on the CFQ indicate more reported cognitive failures. Significant main effects of group were observed for before and after the traumatic event, $F(3, 69) = 3.48, p = .02$ and $F(3, 69) = 20.03, p = .00$, respectively. Post-hoc comparisons confirmed a statistically significant difference for after the event between the control ($M = 28.60, SD = 11.93$) and clinical groups (PTSD: $M = 63.20, SD = 13.33$; MTBI: $M = 48.95, SD = 23.37$; MTBI/PTSD: $M = 58.50, SD = 9.83$). Comparisons between clinical groups revealed that participants in the PTSD group reported significantly greater distractibility ($p < .05$) than did the MTBI participants. Figure 1 shows the percentage of individuals in each group who endorsed the most common complaints (“often” and “very often” combined) since the event. Across the nine most frequently reported complaints, the median percentages were 57%, 37%, 50%, and 8% for the PTSD group, MTBI group, MTBI/PTSD group, and control group, respectively.

Figure 1.

Example of most frequent responses to CFQ (“often” and “very often”)



As illustrated in Figure 1, a greater proportion of participants (more than 70%) in the PTSD group reported being easily distracted and not attentive to others. However, some groups reported certain complaints in greater proportions. For example, forgetting appointments was reported by up to 83% of participants in the MTBI/PTSD group. Needing to reread material due to difficulty concentrating was reported by 95% of participants in the PTSD and MTBI/PTSD group, but only 63% of the MTBI group participants reported the same problem. It is interesting to note the overlap in complaints between the double diagnosis group and the two others clinical groups.

Regarding research question 1, despite overlapping clinical symptoms, our results revealed some specificity of complaints between groups. However, given the frequent presence of depression and chronic anxiety in individuals with PTSD and MTBI/PTSD, and the difference in severity of traumatic symptoms between the two groups, it is premature to

attribute the observed specificity exclusively to PTSD symptoms. The hypothesized “cumulative effect” (research question 2) of dual MTBI and PTSD diagnoses remains unconfirmed.

Self-report of frontal behaviour (FrsBe). Table 2 describes the mean self-report and relative report scores on the FrsBe scale for the participant’s behaviour since the event. Higher scores indicate greater perceived behaviour changes. The total score is the sum of three dimensions of frontal behaviour: apathy, disinhibition, and executive dysfunction. Main effects are presented first, followed by the participants’ most frequently reported qualitative changes since the event.

Table 2
Participants' self and relatives' FrSbe scores

| Means and standard deviation for behavioural dimensions since the event | | | | | | |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------------------|----------------|
| Group ^a | PTSD | MTBI | MTBI/PTSD | Control | | |
| Dimension | <i>M (SD)</i> | <i>M (SD)</i> | <i>M (SD)</i> | <i>M (SD)</i> | <i>F (df)^b</i> | Part. η^2 |
| <i>Apathy</i> | | | | | | |
| Self | 43.3 (9.7) | 33.8 (10.0) | 43.3 (11.0) | 23.6 (6.4) | 21.96** | .49 |
| Relative | 36.7 (10.6) | 30.1 (12.7) | 42.2 (5.4) | 23.9 (6.7) | 7.59** | .30 |
| <i>Disinhibition</i> | | | | | | |
| Self | 36.5 (8.5) | 32.1 (9.6) | 37.8 (7.1) | 25.8 (5.1) | 9.12** | .28 |
| Relative | 31.8 (7.3) | 30.5 (11.6) | 38.8 (9.6) | 25.7 (6.5) | 3.67* | .17 |
| <i>Executive</i> | | | | | | |
| <i>Dysfunction</i> | 48.0 (9.6) | 42.9 (13.2) | 50.1 (13.7) | 28.8 (6.6) | 17.23* | .43 |
| Self | 46.2 (11.1) | 41.3 (17.2) | 53.2 (10.2) | 31.9 (11.5) | 5.66** | .25 |
| Relative | | | | | | |
| <i>Total</i> | | | | | | |
| Self | 127.8 (23.7) | 108.8 (28.1) | 131.2 (29.8) | 76.6 (18.9) | 21.26** | .48 |
| Relative | 114.7 (26.1) | 102.0 (39.5) | 134.2 (18.2) | 79.3 (18.0) | 7.97** | .31 |

Note. Only post-trauma scores are reported; no pre-trauma scores reached statistical significance

^a Due to missing data *n* differs for self and relative scores, respectively, in the PTSD group (*n* = 23 and 20), the MTBI group (*n* = 19 and 13), the MTBI/PTSD group (*n* = 6 and 5) and the control group (*n* = 25 and 18). ^b For Self scores, *df* = (3, 69) and for Relative scores, *df* = (3, 52).

p* < .05. *p* .01

Significant main effects were found between all groups for total and subscales scores. Post-hoc comparisons confirmed that the clinical groups reported significantly more

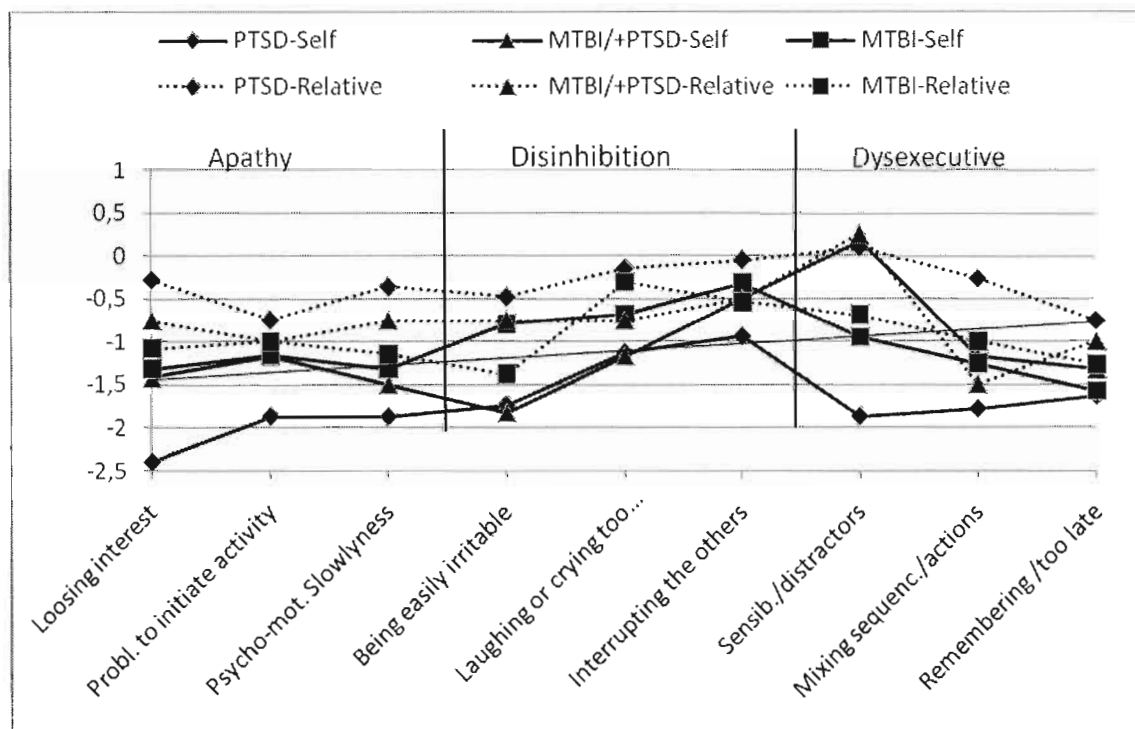
complaints than controls (at present), with the exception of the MTBI group on the disinhibition dimension ($p = .07$). Further, PTSD participants reported significantly more apathetic behaviour since the event than did the participants in the MTBI group. No other comparisons between clinical groups reached statistical significance. Again, the combination of moderate to severe traumatic symptoms, depressive and anxious comorbidity seem to lead to more behavioural complaints, particularly concerning apathetic behaviour.

Perceptions of close relatives. A significant main effect of group was found for every dimension, as well as for total score, on the FrsBe family version (see Table 2). Post-hoc comparisons confirmed that the mean scores for the PTSD and MTBI/PTSD groups' relative reports for apathy and executive dysfunction were significantly different from the means of the control group's relative reports on these dimensions. Only relatives of participants in the MTBI/PTSD reported significantly more complaints on the disinhibition dimension since the event. Despite complaints reported by the MTBI group, their close relatives did not report significant changes on any of the FrsBe dimensions since the event. These results are consistent with the present study's second and third research questions. The MTBI/PTSD and PTSD groups reported more problems since the event on all three FrsBe subscales, but only the former group's complaints since the trauma were externally validated by close relatives. This result provides further support for the hypothesis that the presence of severe depression and anxiety symptoms, in interaction with a MTBI condition, could be sufficient to produce cognitive and behavioural change after a trauma, even when the trauma symptoms present are only mild to subclinical.

Most frequently reported behaviour changes. Figure 2 shows the three items most frequently reported by clinical groups and their relatives for each behavioural dimension since the trauma. The scores represent the difference between the average "before the event" and "after the event" scores for the most frequently reported items (i.e., the combined frequencies of "often" and "very often" responses) in each group. Negative scores indicate change in behaviour; a score of zero indicates no perceived change since the event.

Figure 2

The three most common changes reported by clinical groups on FrsBe dimensions



As shown in Figure 2, the participants in the PTSD group reported the most perceived change since the event. The results further revealed that the biggest discrepancies between participants and their relatives in perceived most frequent changes were in the PTSD group.

It is interesting to observe that, even when parametric analysis did not reveal differences in perception between participants and their relatives on global score (e.g., as in the MTBI group), analysis of individual items revealed interesting discrepancies in perception between participants and relatives concerning specific changes. For example, "being easily irritated" figured among the most significant changes reported by PTSD participants, but was not validated by their close relatives. In contrast, relatives of participants in the MTBI group reported more significant change on this item than did MTBI participants themselves. On the apathy dimension, PTSD participants reported a significant

lack of interest and significant problems initiating activity, whereas their relatives rated this change as average. Regarding the executive dysfunction dimension, distractibility was more frequently reported by participants in the PTSD group than by participants in the MTBI/PTSD group. This symptom appears to be relatively specific to more severe post-traumatic stress conditions. Indeed, although the participants in the MTBI/PTSD group had less severe PTSD symptoms than did the participants in the PTSD group, but equally severe anxiety and depression symptoms, the MTBI/PTSD group did not report distractibility as a major problem. Finally, although the MTBI/PTSD and PTSD groups reported equally intense depression symptoms, the participants in the MTBI/PTSD group did not report “losing interest” as a significant change.

Analysis of individual items was superior to quantitative analysis of total scores for producing detailed information about discrepancies between participants and their relatives in perceived behavioural changes since the trauma or accident. Returning to our research questions, behavioural change profiles seem to differ somewhat between PTSD and MTBI groups (question 1). Moreover, the findings that the participants in the MTBI/PTSD group reported complaints in all three FrsBe dimensions and that the complaints were independently validated by close relatives provide support for an affirmative response to research questions 2 and 3.

Self-perceived impact of fatigue. The results of the Fatigue Impact Scale are reported in Table 3. The total score is the sum of scores on the physical, cognitive, and social dimensions. Higher scores indicate greater perceived impact of fatigue and greater need to adjust activity level to accommodate daily symptoms.

Table 3
Results on the Fatigue Impact Scale (FIS)

| Groups | Means and Standard Deviations for fatigue dimensions | | | | F^c (df) ^d | Part. η^2 |
|------------------|--|-------------------|--------------|----------------------|-----------------------------|----------------|
| | PTSD ^b | MTBI ^a | MTBI/PTSD | Control ^b | | |
| Dimension | M (SD) | M (SD) | M (SD) | M (SD) | | |
| <i>Cognitive</i> | 26.6 (8.2) | 16.4 (10.8) | 24.8 (9.1) | 5.6 (7.0) | 26.5** | .55 |
| <i>Physical</i> | 25.8 (8.5) | 20.5 (13.4) | 23.4 (5.4) | 6.7 (7.3) | 19.0** | .46 |
| <i>Social</i> | 50.8 (12.4) | 32.4 (24.1) | 46.1 (15.0) | 13.3 (12.4) | 18.8** | .46 |
| <i>Total</i> | 103.2 (31.2) | 69.3 (46.1) | 94.5 (25.7) | 25.6 (25.4) | 22.6** | .51 |

Note. Due to missing data, n was 1^a or 2^b lower^c
ANOVAs were conducted on square root transformations of raw scores^d
 $df = (3, 66)$. * $p < .05$. ** $p < .01$

As reported in Table 3, significant main effects of group were observed. All clinical groups reported a significantly greater impact of fatigue than did the control group. Post-hoc comparisons between clinical groups revealed significant differences between the PTSD and MTBI groups on the cognitive ($p = .025$) and social ($p = .031$) dimensions. The results of the FIS suggest a differential effect of symptoms of trauma and comorbidity on subjective impact of fatigue reported by PTSD and MTBI groups.

Multiple regression analyses

To investigate the unique contribution of the severity of post-traumatic stress, depression symptoms, and anxiety symptoms (independent variables) on cognitive failure and perceived impact of fatigue (dependent variables) in the PTSD group, multiple regression

analyses were conducted, including significant correlated variables (Adjusted $R^2 = .64$, $p < .00$). The only significant result was that symptom severity, as measured by the IES-R, explained 14% of the variance in impact of fatigue total score in the PTSD group ($\beta = .66$, $r^2 = .66$; $sr^2 = .14$, $p < .05$).

Discussion

The present exploratory study was designed to respond to three research questions: 1) Given the overlap in clinical symptoms between PTSD and MTBI, are the cognitive and behavioural problems reported by individuals in the two groups similar in nature and intensity? 2) Does the presence of comorbid MTBI and PTSD increase the intensity of symptoms? 3) Are the symptoms reported by the three clinical groups (MTBI, PTSD, and MTBI/PTSD) independently validated by close relatives?

Differences in intensity and specificity of cognitive and behavioural complaints in PTSD and MTBI groups (Question 1)

Cognitive symptoms

In the present study, the three clinical groups reported greater cognitive problems since the traumatic event than did the control group. The PTSD group reported significantly more daily distractibility and forgetfulness than did the MTBI group; the MTBI group reported significantly more distractibility than did the control group. An analysis of the type of distractibility reported revealed certain specificities in symptoms by group. For example, forgetting appointments was reported by over 83% of the participants in the double diagnosis group (MTBI/PTSD). Needing to reread written passages several times due to difficulty concentrating was reported by over 95% of the PTSD group and the double diagnosis group, as compared to 60% in the MTBI group. The qualitative analysis of individual symptom profiles allowed us to identify the symptoms most frequently reported by the participants in each group or by their relatives.

Behavioural change

The results of the present study revealed that the three clinical groups reported more apathetic, disinhibited, and disorganized behaviour than did the control group, with the exception of the MTBI group on the FrsBe disinhibition dimension. The PTSD group reported significantly greater apathy and disinhibition since the traumatic event than did the MTBI group. Irritability figured among the most common qualitative changes reported by the PTSD group, but not by the MTBI group. The predominant manifestation of apathy reported by participants in the PTSD group was loss of interest in initiating and participating in activities; this complaint was not common among participants in the MTBI group. Where executive functioning is concerned, a significant increase in distractibility was reported by participants the PTSD group, but not as much by participants in the double diagnosis or MTBI groups.

Subjective impact of fatigue

All of the clinical groups reported a significantly greater impact of daily fatigue than did the control group. The PTSD group reported more fatigue than the MTBI group on the cognitive and social dimensions.

In sum, the results suggest that the PTSD group reported more complaints than did the MTBI group, and that there are some differences between groups in the nature of complaints. However, the specific contribution of post-traumatic stress to this result is difficult to establish due to the strong comorbidity of anxious and depressive symptoms associated to trauma symptoms in individuals with PTSD (with or without MTBI). Further, that the severity of PTSD symptoms was mild to sub-clinical in the double diagnosis group suggests a significant contribution of general anxiety and depression symptoms in the expression of complaints in the PTSD and MTBI/PTSD groups. Regarding subjective perceived impact of fatigue, only the self-reported measure of severity of trauma symptoms (IES-R Scale) demonstrated a significant independent contribution to the total variance for this factor in the PTSD group.

Cumulative effect of MTBI and PTSD (Question 2)

Due to the limited number of participants in the MTBI/PTSD group ($n = 6$), this group's data must be interpreted with caution. Nonetheless, some of the results obtained seem consistent with the suggestion that comorbid MTBI and PTSD have a cumulative detrimental effect on the expression of cognitive and behavioural symptoms. For example, forgetting appointments since the trauma was reported by over 83% of the MTBI/PTSD group. Further, it is important to note that the specific contribution of PTSD symptoms to these complaints is even more difficult to establish in the MTBI/PTSD group, because the severity of PTSD symptoms was much less intense in this group than in the PTSD group, whereas the intensity of anxious and depressive symptoms between the two groups was comparable.

External validation of symptoms by relatives (Question 3)

One of the original elements in the present study was that the complaints reported by the participants with PTSD (with or without MTBI) were subjected to external validation by relatives. That only the MTBI/PTSD group's complaints on the FrsBe dimensions were validated by relatives supports the hypothesis of a "cumulative effect" of MTBI and PTSD on « more visible » behavioural changes. In fact, despite PTSD participants' reports of disinhibition, their relatives did not perceive a major change on this variable. However, relatives were more likely to identify apathy and disorganization in the PTSD group than in the control group. Finally, the similarity in age and education between groups is such that the between-group differences reported above cannot be attributed to these variables.

Altogether, the results of the present study support the hypothesis that the presence of post-traumatic symptoms and the presence of significant comorbidity can modulate reports of cognitive and behavioural problems and subjective fatigue in individuals with PTSD. The results further suggest that cognitive and behavioural problems could be even more serious in individuals with more severe traumatic, depressive, and anxious symptoms. However, these interpretations do not entirely explain the results obtained, particularly for the double diagnosis group.

Alternative explanations

Anxious and depressive comorbidity in PTSD. Only the MTBI/PTSD group was validated by relatives on their reported difficulties in emotional self-control (disinhibition), as well as their difficulties on the other two dimensions (apathy and executive dysfunction). Further, this group also reported more forgetfulness (forgetting appointments) than did the other clinical groups. However, this result is difficult to entirely explain by the post-traumatic stress condition. In fact, although the participants in the MTBI/PTSD group reported mild to sub-clinical trauma symptoms according to the structured CAPS interview, they reported moderate to severe trauma symptoms on the self-report questionnaire (IES-R). This result highlights the importance of using a structured interview, rather than a self-report measure, to evaluate the intensity of post-traumatic symptoms in individuals with MTBI. It appears that the overlap between post-traumatic and post-concussive symptoms can artificially inflate participants' self-reports of problems on the questionnaire. Further, if post-traumatic symptoms have a major impact on participants' reported complaints, we would expect the PTSD group to report at least as many problems as the double diagnosis group, particularly concerning irritability and forgetfulness, since trauma symptoms are more severe in the PTSD group than in the MTBI/PTSD group. These observations suggest that the greater reported complaints in the PTSD and MTBI/PTSD groups, as compared to the MTBI group, can be attributed at least in part to psychological comorbidity, such as chronic anxiety and depression.

Work attendance. If being at work (24% of participants in the PTSD group; 31.6% of participants in the MTBI group; 0% of participants in the MTBI/PTSD group) and greater exposure to contexts that produce fatigue could explain the results obtained, we would expect the MTBI group to have reported the most complaints; this was not the case. Further, *posteriori* *t*-tests comparing working and non-working participants in the PTSD group did not reveal significant differences in average fatigue scores on the FIS.

Litigation. One could argue that the greater number of complaints in the PTSD group may be attributable to involvement in a litigation process at the time of evaluation (36% in the PTSD group; 0% in the MTBI and MTBI/PTSD groups). However, no significant

differences between groups were observed in average anxiety scores, depression scores (BDI-II), attention scores (CFQ) scores, or behavioural scores once the data from the PTSD participants in the process of litigation were removed from the analyses.

Elapsed time since the trauma. A third possible explanation for the results concerns the observed significant difference between elapsed time since the trauma in the PTSD group and MTBI/PTSD groups, respectively, at the time of evaluation. The latter group reported less elapsed time (average of nine months) than did the PTSD group (average of 48 months). This result may suggest the presence of persistent adverse impact of MTBI injury in the double diagnosis group; these participants may have only recently begun facing the difficult post-trauma sequelae, or may have less well-developed coping skills.

Interaction between emotional distress and MTBI sequelae. One plausible explanation for the greater reported disinhibition and forgetfulness in the MTBI/PTSD group is an interaction between significant emotional distress and subtle decreased in self-regulation capacities, because impact of fronto-temporal area of the brain during the trauma event (Bigler, 2008; King, 2002; Knight & Taft, 2004). Over the past few years, neuroradiology data collected with functional imaging techniques have provided evidence of subtle neurological sequelae in the frontal and/or temporal lobes of the brain in certain subgroups of individuals with MTBI (Bigler, 2008; 2004; Povlishock & Katz, 2005; Ptito, Chen & Johnston, 2007). The subtle neurological damages may explain the presence of persistent post-concussive sequelae beyond the expected psychological reaction to PTSD in individuals with MTBI/PTSD (Alexander, 1995; Ruff, Camenzuli & Mueller, 1996).

Clinical and research considerations

The principal contribution of the present study was an increased understanding of the nature and severity of cognitive and behavioural complaints reported by individuals with PTSD and MTBI samples, taking comorbidity and antecedents factors into consideration. The results are partially compatible with findings from Hoge & al. (2008) and Chamelian & al. (2006); these authors concluded that post-traumatic and depressive symptoms contributed to memory and attention problems reported by individuals with PTSD following the trauma. The importance of considering subjective fatigue in the analysis of cognitive complaints is

reinforced by the finding that individuals with PTSD and associated comorbidity reported more complaints of fatigue than did participants with MTBI with or without comorbid PTSD. Previous authors, such as Stulemeijer & al. (2007) have also emphasized the role of fatigue in explaining cognitive complaints in individuals with MTBI.

From a clinical perspective, the current study presents some cues about the degree of congruence between participants' and relatives' perceptions of symptoms, as well as the extent of discrepancy in perception. Such observations could improve comprehension of PTSD symptoms among patients and relatives alike, and facilitate the development of personalized interventions designed to reduce distress and improve symptom management and prevention. Finally, a major finding of this study is the importance of using structured psychological interviews, rather than self-report questionnaires (such as IES-R), for diagnosing PTSD in MTBI populations, given the significant overlap in symptoms between the two conditions.

Strengths and limitations of the study

A major strength of the study was that participants' medical antecedents were better controlled. The use of a control group to obtain baseline measures of the relevant variables constitutes a further strength. One major limitation of the study is the limited size of the double diagnosis group. This small sample size limited the possibility of testing Vanderploeg & al.'s hypothesis regarding a "cumulative" effect of concomitant MTBI and PTSD diagnoses on cognitive and behavioural complaints. A second significant limitation of the study was that the questionnaires used to measure cognitive and behavioural complaints and impact of fatigue have not been validated on PTSD and/or MTBI populations. This limitation limits interpretation of the results and highlights the need to develop validated instruments specific to each clinical population.

Future considerations and clinical implications

The results of the present study demonstrate the need for further exploration of factors that influence the cognitive and behavioural changes perceived and reported by individuals with PTSD and MTBI and their relatives. The development of specific and

sensitive instruments for each of these populations will allow finer evaluation of the overlap in cognitive and behavioural problems across neurological and psychiatric conditions. The cognitive and behavioural changes that develop subsequent to a traumatizing event often impact the lives not only of patients, but of their family members; an improved comprehension of the changes that appear post-trauma would promote the development of personalized clinical interventions for individuals and for family members of individuals with PTSD and MTBI.

Conclusion

The present study was the first study designed to directly compare cognitive and behavioural complaints in PTSD (with and without MTBI) and MTBI (without PTSD) populations. The results confirmed that complaints vary not only by diagnosis (PTSD, MTBI, PTSD/MTBI, and control), but also according to psychological comorbidity such as depression and general anxiety. The results suggest an association between fatigue and severity of complaints in PTSD populations, particularly where cognitive and social activities are concerned; this relationship may be bidirectional. That the complaints reported in the PTSD group were partially validated by independent observers further suggests that the complaints in this group were grounded in reality. Finally, the results suggest that the presence of comorbid MTBI and PTSD exacerbates psychological comorbidity and other symptoms, such as memory problems and disinhibited behaviour, at least during the first year after the trauma. Subtle fronto-temporal sequelae of MTBI, which may compromise self-regulation capacities, such as deficits in cognitive and emotional regulation, have been proposed as alternative hypotheses to explain the increase in complaints. In clinical settings where formal neuropsychological evaluation is not available, the use of self-report questionnaires for evaluating cognitive and behavioural symptoms may be recommended. The results of questionnaire measures could guide clinical interventions designed to help PTSD victims and their family members understand, manage, and adjust to cognitive and behavioural changes. Examples of interventions include psychoeducation, cognitive restructuring, and teaching compensatory strategies for memory problems.

Références

- Alexander, M.P. (1995). Mild traumatic brain injury: pathophysiology, natural history and clinical management. *Neurology*, 45, 1253-1260.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistic manual of mental disorders*, (5th ed.). Washington, DC: APA.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Brown, G.K. (1996). *Beck Depression Inventory-second edition manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Biddle, D., Elliott, P., Creamer, M., Forbes, D. & Devilly, G.J. (2002). Self-reported problems: a comparison between PTSD-diagnosed veterans, their spouses, and clinicians. *Behavioral Research and Therapy*, 40 (7), 853-865.
- Bigler, E.D. (2004). Neuropsychological results and neuropathological findings at autopsy in a case of mild traumatic brain injury. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 10, 794-806.
- Bigler, E.D. (2008). Neuropsychology and clinical neuroscience of persistent post-concussive syndrome. *Journal of International Neuropsychological Society*, 14, 1-22.
- Blake, D.D., Weathers, F.W., Nagy, L.M., Kaloupek, D.G., Charney, D.S. & Keane, T.M. (1998). *Clinician-Administered PTSD scale for DSM-IV, Revised (CAPS)*. National Center for Posttraumatic Stress Disorder, Behavioral Science Division, Boston, VA, Medical Center & Neuroscience Division, West Heaven VA, Medical Center.
- Bouchard, S. & Gauthier, J. (1990). *Traduction Française de la forme «Y» du «State-Trait Anxiety Inventory»*. Paper presented at the meeting of the SQRP.
- Borg, J., Holm, J.D., Cassidy & al. (2004). Diagnostic procedures in mild traumatic brain injury: Results of the WHO Collaborating Centre Task Force on Mild Traumatic Brain Injury, *Journal of Rehabilitation Medicine Supplement*, 43, 61-75.
- Broadbent, D.E., Cooper, P.F., FitzGerald, P. & Parkes, K.R. (1982). The cognitive failures Questionnaire (CFQ) and its correlates. *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 1-16.
- Brunet, A., St-Hilaire, A., Jehel, L., King, S. (2003). Validation of a french version of the Impact of Event Scale-Revised. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48 (1), 56-61.
- Bryant, R.A. (2008). Posttraumatic stress disorder and mild brain injury: controversies, causes and consequences. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 23 (6), 718-728.

- Bryant, R.A. & Harvey, A.G. (1999). Postconcussive symptoms and posttraumatic stress disorder after mild traumatic brain injury. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187 (5), 302-305.
- Capuron, L., Welberg, L., Heim, C., Wagner, D., Solomon, L., Papanicolaou & al. (2006). Cognitive dysfunction relates to subjective report of mental fatigue in patients with chronic fatigue syndrome. *Neuropsychopharmacology*, 31, 1777-1784.
- Carroll, L.J., Cassidy, J.D., Peloso, P.M., Borg, J., Von Holst, H., Holm, L., Paniak, C & Pépin, M. (2004). Prognosis for mild traumatic brain injury: results of the WHO Collaborating Centre Task Force on Mild Traumatic Brain Injury, *Journal of Rehabilitation Medicine Supplement*, 43, 84-105.
- Chamelian, L. & Feinstein, A. (2006). The effect of major depression on subjective and objective cognitive deficits in mild to moderate traumatic brain injury, *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 18 (1), 33-38.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M. & Williams, J.B.W. (2002). *Structured Clinical Interview for DSM-IV, Axis I Disorders, Research Version, Non-patient Edition*. (SCID-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Fisk, J.D., Ritvo, P.G., Ross, L., Haasse, D.A., Marrie, T.J. & Schlech, W.F. (1994). Measuring the functional Impact of fatigue: Initial validation of the Fatigue Impact Scale. *Clinical and Infectious Diseases*, 18 (Suppl. 1), S79-83.
- Friedland, J.F. & Dawson, D.R. (2001). Function after motor vehicle accidents: a prospective study of mild head injury and posttraumatic stress. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189 (7), 426-34.
- Grace, J. & Malloy, P.F. (2001). *Frontal Systems behavior Scale: Professional Manual*. Psychological Assessment Resources, Inc., Lutz: Florida, USA.
- Gurvits, T.V., Gilbertson, M.W., Lasko, N.B., Tarhan, A.S., Simeon, D., Macklin, M.L. & al. (2000). Neurologic soft signs in chronic posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 57, 181-186.
- Hoge, C.W., McGurk, D., Thomas, J.L., Cox, A.L., Engel, C.C. & Castro, C.A. (2008). Mild traumatic brain injury in U.S. soldiers returning from Iraq. *The New England Journal of Medicine*, 358(5), 453-463.
- Hull, A. M. (2002). Neuroimaging findings in post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 181, 102-110.
- King, N.S. (2002). Perseveration of traumatic re-experiencing in PTSD: a cautionary note regarding exposure based psychological treatments for PTSD when head injury and dysexecutive impairment are also present. *Brain Injury*, 16 (1), 65-74.

- Knight, J.A., Taft, C.T. (2004). Assessing neuropsychological concomitants of trauma and PTSD. In J.B. Wilson & T.M. Keane (Eds.), *Assessing Psychological Trauma in PTSD*. New York, Guilford Publications.
- Lauterbach, D., Vora, R. & Rakow, M. (2005). The relationship between posttraumatic stress disorder and self-reported health problems. *Psychosomatic medicine*, 67, 939-947.
- Levine, H.S., Mattis, S., Ruff, R.M., Eisenberg, H.M., Marshall, L.F., Tabaddor, K., High Jr., Frankowski, R. (1987). Neurobehavioral outcome following minor head injury: a three-center study. *Journal of Neurosurgery*, 66, 234-243.
- Levine, J.D., Davis, J.T., Bigler, E.D., Thoma, R., Hill, D., Funke, M., Sloan, J.H., Hall, S., Orrison, W. (2007). Objective documentation of traumatic brain injury subsequent to mild head trauma: multimodal brain imaging with MEG, SPECT, and MRI. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 22 (3), 141-155.
- McMillan, T.M. (2001). Errors in diagnosing post-traumatic disorder after traumatic brain injury. *Brain Injury*, 15(1), 39-46.
- Povlishock, J.T., Katz, D.I. (2005). Update of neuropathology and neurological recovery after traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 20, 76-94.
- Ptito, A., Chen, J.K. & Johnston, K.M. (2007). Contribution of functional magnetic resonance imaging (fMRI) to sport concussion evaluation. *Neurorehabilitation*, 22 (3), 217-227.
- Ruff, R.M., Camenzuli, L. & Mueller, J. (1996). Miserable minority: emotional risk factors that influence the outcome of a mild traumatic brain injury. *Brain Injury*, 10, 551-565.
- Samuelson, K.W., Neylan, T.C., Metzler, T.H., Lenoci, M., Rothlind, J., Henn-Haase, C. & al. (2006). Neuropsychological functioning in posttraumatic stress disorder and alcohol abuse. *Neuropsychology*, 20(6), 716-726.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R., Vagg, P.R. & Jacobs, G.A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychological Press.
- Stulemeijer, M., Vos, P.E., Bleijenberg, G., Van der Werf, S.P. (2007). Cognitive complaints after mild traumatic brain injury : Things are not always what they seem, *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 637-645.
- Tanielian, T. & Jaycox, L.H. (2008). *Invisible wounds of war: psychological and cognitive injuries, their consequences, and services to assist recovery*. Santa Monica, CA: RAND Corporation.

- Trudeau, D.L., Anderson, J., Hansen, L.M., Shagalov, D.N., Schmoller, J., Nugent, S. & Barton, S. (1998). Findings of mild traumatic brain injury in combat veterans with PTSD and a history of blast concussion. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 10 (3), 308-313.
- Vanderploeg, R.D., Belanger, H.G. & Curtiss, G. (2009). Mild traumatic brain injury and posttraumatic stress disorder and their associations with health symptoms. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90, 1084-1093.
- Weiss, D.S. & Marmar, C.R. (1997). The Impact of Event Scale-revised. In J.P. Wilson and T.M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD: A practitioner's handbook* (pp. 399-411). New York, USA: Guilford Press.

CHAPITRE IV

OBJECTIVE NEUROPSYCHOLOGICAL DEFICITS IN POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER AND MILD TRAUMATIC BRAIN INJURY: WHAT REMAINS BEYOND SYMPTOMS SIMILARITY? (Article II)

Objective neuropsychological deficits in post-traumatic stress disorder and mild
traumatic brain injury: What remains beyond symptoms similarity?

Hélène Pineau

Université du Québec à Montréal, Centre de Réadaptation Lucie-Bruneau, Montréal, Canada

André Marchand

Université du Québec à Montréal, Centre d'Étude du Trauma de l'Hôpital

Louis-H. Lafontaine, Montréal, Canada

Stéphane Guay

Centre d'Étude du Trauma de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, Montréal, Canada

Soumis pour publication à : *Brain Injury*

Résumé

Les plaintes au niveau de changements comportementaux et des capacités attentionnelles font partie des critères diagnostiques de l'État de Stress Post-Traumatique selon le DSM-IV-TR (2000). Ces symptômes sont également présents chez les personnes présentant un Traumatisme Cranio-Cérébral Léger (TCCL). Cette situation complique le diagnostic et le traitement de ces populations de façon encore plus marquée lorsque ces deux conditions cliniques co-existent simultanément. La présente étude tente de caractériser les profils neuropsychologiques de groupes cliniques présentant soit un ESPT, soit un TCCL ou les deux conditions, à l'aide de mesures de rendement cognitifs objectifs. *Méthodologie* : Une batterie d'épreuves neuropsychologiques visant à évaluer l'attention, la mémoire et les fonctions exécutives est administrée à quatre groupes de participants présentant soit : un ESPT, un TCCL, un TCCL/ESPT ainsi qu'à un groupe témoin. Des variables confondues telles que les antécédents médicaux, développementaux ou neurologiques sont contrôlés. Des mesures de comorbidités psychologiques telles que la dépression, l'anxiété et la fatigue sont également considérés. *Résultats* : Les groupes ESPT et TCCL/ESPT rapportent davantage de symptômes anxieux et dépressifs et sont également ceux présentant le plus de difficultés cognitives comparativement aux groupes TCCL et témoin. Puisque les deux groupes avec ESPT diffèrent en termes d'intensité de symptômes de stress post-traumatique mais non au niveau de l'intensité de la comorbidité anxieuse et dépressive, les résultats ne peuvent être imputables à la seule présence des symptômes d'ESPT. *Conclusion* : Les résultats soulignent l'importance de contrôler les facteurs comorbides confondus, tels que la condition médicale et psychologique dans l'évaluation et le traitement des populations ESPT, notamment lorsqu'une condition de TCCL est suspectée comme condition concomitante.

Mots-clés : Stress post-traumatique, Traumatisme cranio-cérébral léger, Troubles cognitifs, Déficits neuropsychologiques

Abstract

Attention and behavioural complaints are part of DSM-IV-TR (2000) criteria in Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) diagnosis. These symptoms are also reported by Mild Traumatic Brain Injury (MTBI) patients. This complicate diagnosis and treatment, especially when these two conditions co-exist simultaneously. This exploratory study aims to characterize neuropsychological profile in PTSD and MTBI populations with objective measures of cognitive performance. Neuropsychological battery for attention, memory and executive functions are administered to four groups: PTSD, MTBI, MTBI/PTSD and Controls. Confounding variables such as medical, developmental or neurological antecedents are controlled. Measures of co-morbid conditions, such as depression, anxiety and fatigue are considered. PTSD and PTSD/+MTBI groups report more general anxiety and depress symptoms. They present also more cognitive deficits than MTBI group. Since the two PTSD groups differ in severity of PTSD symptoms but not in severity of depression and anxiety symptoms, PTSD condition could not be considered as the unique factor contributing to results. The results underlined the importance of controlling for confounding medical and psychological co-morbidities in the evaluation and treatment of PTSD populations, especially when a concomitant MTBI is also suspected.

Key words: Post-traumatic stress disorder, Mild traumatic brain injury, Cognitive deficits, Neuropsychological deficits

Cognitive and behavioural complaints, such as difficulty concentrating, forgetfulness, and irritability, are included in the diagnostic criteria for post-traumatic stress disorder (PTSD) in the mental disorder nomenclature (DSM-IV-TR; APA, 2000). However, many of these complaints are also reported by individuals with mild traumatic brain injury (MTBI) sustained in the context of an assault or accident. The latter group is not insignificant; MTBI constitutes 85% of the cerebrocranial traumas reported by civilians, sustained in contexts such as road accidents, work accidents, or physical assaults (Carroll, Cassidy, Peloso, & al., 2004). Recently, the RAND report (2008) on the military disclosed that, among the 1.64 million Americans deployed to Afghanistan and Iraq between 2001 and 2007, an estimated 300,000 veterans suffer from PTSD or major depression. A further approximately 320,000 sustained a probable traumatic brain injury (TBI) during the military operations.

Given the similarity in cognitive and behavioural symptoms between the two conditions, discriminating complaints related to PTSD from complaints related to MTBI in patients with both conditions presents a significant challenge for clinicians working in psychotraumatology or neurotraumatology. Do the cognitive and behavioural problems reported in these populations stem from deficits in cognitive performance (as measured by objective neuropsychological tests)? This is the primary question explored in the present study.

Studies of cognitive problems in PTSD populations

In one of the few literature reviews focusing on objective long-term memory problems in individuals with PTSD, Isaac and colleagues concluded that the memory problems reported in this population were primarily function of attention problems (Isaac, Cushway, & Jones, 2006). The authors found that deficits on span tasks (measures of more passive attention processing) were reported in participants in only three out of nine studies, whereas deficits on measures of complex attention (e.g., divided attention tasks) were observed in participants in seven of the nine studies included in the review. Where verbal long-term memory was concerned, the presence of problems in participants depended on the tasks administered. However, the majority of the 20 studies included in the review were conducted with very small samples of Vietnam veterans ($n < 11$) and less than half of the

participants had actual diagnoses of PTSD at the time of the evaluation. With the exception of possible exposure to toxins, no exclusion criteria related to possible brain trauma, past or present health problems, developmental problems, or substance abuse were mentioned.

In a sample of 21 refugees with or without PTSD, Johnsen, Kanagaratnam, and Asbjornsen (2008) attempted to control neurological comorbidity factors by excluding participants with “cerebral damage or neurological illness” (no further specification was provided) or “suspected” brain trauma or alcohol abuse. The authors analyzed participants’ performances on a verbal long-term memory task, while controlling for comorbid depression. The authors found that depression explained the greatest amount of the variance in scores on the repeated recall task. The results demonstrate the importance of exerting strict control over possible confounding factors in studies of cognitive performance in PTSD populations.

Studies of cognitive problems in MTBI populations

Bélanger and colleagues’ (Bélanger, Curtiss, Demery, Lebowitz, & Vanderploeg, 2005) recent meta-analysis of cognitive problems in individuals with MTBI included 39 studies selected according to strict sampling criteria. The results, presented according to effect size for each cognitive domain, revealed differences in cognitive profiles according to elapsed time since the trauma. The most common difficulties reported by individuals with acute MTBI (less than three months post-trauma) were related to verbal fluidity and differed recall of information in long-term verbal memory. In non-clinical samples, residual deficits on neuropsychological tests did not persist past three months post-trauma. In comparison, persistent cognitive sequelae were observed in clinical samples and in samples including individuals in litigation processes at three or more months post-trauma. However, Bélanger & al. (2005) emphasized that some of the studies in their review failed to take certain important factors into account, thereby limiting interpretation of the results. Unconsidered factors included subtle neurological sequelae (e.g., complex attention problems that are not perceptible on less sensitive neuropsychological tests, intensification of previous personality traits) and psychological factors associated with MTBI (e.g., secondary gains, emotional reactions associated with the trauma, everyday problems coping with sequelae).

Bélanger & al.'s (2005) results also highlighted the need to control psychological and medical antecedents, psychological and medical comorbidity, elapsed time between the trauma and the evaluation, the provenance of the sample, and other factors than can affect results on cognitive tests.

Studies of cognitive problems in individuals with double diagnoses (MTBI and PTSD)

In a recent study by Nelson and colleagues (Nelson, Yoash-Gantz, Pickett, & Campbell, 2009), veterans of the Iraq and Afghanistan operations with double diagnoses of MTBI and PTSD ($n = 19$) completed attention tests (*Digit Symbol Test* of the *WAIS-III*, the *Stroop* test, and the *Trail Making Test*). In comparison to participants with mild ($n = 27$) or moderate ($n = 8$) traumatic brain injury without PTSD, the participants with double diagnoses demonstrated deficits in response inhibition and significant slowing in information processing. However, certain methodological weaknesses limited the interpretation of the results. For example, the study used self-report questionnaires of symptoms to establish PTSD diagnoses, and MTBI diagnoses were exclusively based on the "veteran's memory of the duration of the presumed loss of consciousness." Further, participants were evaluated an average of 16 months after the injury, introducing the possibility of memory bias. Finally, participants' medical history and psychiatric comorbidity were not controlled.

Objectives of the present study

Is it possible to establish distinct neuropsychological profiles for individuals with MTBI, individuals with PTSD, and individuals with double diagnoses, respectively, beyond their common symptoms? The use of the results of objective tests to establish distinct profiles could facilitate differentiation of symptoms during diagnosis and promote the development of specialized treatment plans for each group. This is the long-term objective of the current study. To meet our objective, we have attempted to avoid the methodological weaknesses of past studies and eliminate confounding variables. The present study compared the results of three clinical groups of participants – PTSD, MTBI, and MTBI/PTSD – on a battery of neuropsychological tests. The three clinical groups were also compared to a control group matched for age, gender, and level of education. Medical history, developmental history, and

psychological comorbidity were also assessed via a semi-structured interview and questionnaire measures of symptom intensity.

Hypotheses

1) The PTSD group will demonstrate significantly greater deficits on measures of attention and memory than will the control group (if PTSD alone impacts cognitive performance); 2) Cognitive performance will be negatively correlated with PTSD severity; 3) The double diagnosis group (MBTI/PTSD) will demonstrate significantly greater deficits on the cognitive tests than will the PTSD and MBTI groups (if the combination of the two conditions has a cumulative effect).

Method

Inclusion Criteria

PTSD group. Twenty-five participants with formal diagnoses of PTSD were included in the study. The participants were recruited through advertisements in the community or were referred by medical or mental health professionals at the *Centre d'Étude du Trauma* [Centre for Trauma Research] at the research centre at Louis-H Lafontaine hospital in Montreal.

MTBI Group. Nineteen participants with formal diagnoses of MTBI (based on medical records) were included in the present study. Criteria for MTBI were based on the international definition of mild traumatic brain injury (see Carroll, Cassidy, Peloso, & al., 2004). The criteria were as follows: period of altered consciousness less than 30 minutes, Glasgow Coma Scale score between 13 and 15, and post-traumatic amnesia (PTA) for less than 24 hours. Participants were recruited at a tertiary rehabilitation centre for traumatic brain injury (*Centre de Réadaptation Lucie-Bruneau* [Lucie Bruneau Rehabilitation Centre]) in Montreal.

MTBI/PTSD group. Following evaluation of medical history and psychiatric condition, six of the 25 participants with MTBI were diagnosed with post-traumatic stress disorder, according to DSM-IV-TR (APA, 2000).

Control Group. The twenty-five participants in this group were civilians recruited through newspaper or Internet advertisements. Each control participant was paired with a PTSD and/or MTBI participant, according to age, level of education, and gender, wherever possible.

Language and Litigation

The PTSD and MTBI groups were similar across ethnicity and spoken language (mostly Caucasian, with French as a first language). Nine participants in the PTSD group were involved in litigation and one was excluded from the study due to suspected malingering during the evaluation process. None of the participants in the MTBI group were involved in litigation at the time of the evaluation.

Exclusion Criteria

Exclusion criteria for the present study were as follows: 1) medical condition, including uncontrolled diabetes or hypertension, heart disease, uncontrolled metabolic disease (e.g., hypothyroidism), history of traumatic brain injury prior to referral to the rehabilitation centre, or other diseases with the potential to affect brain functioning prior to or since the trauma (e.g., cerebro-vascular accident, epileptic condition); 2) alcohol or drug abuse; 3) learning disorder or attention deficit in school; 4) history of physical violence during infancy; 5) psychiatric history (e.g., dysthymic disorder, bipolar disorder); 6) older than 60 years or younger than 18 years. In total, 135 participants were recruited or referred to the study. The percentages of excluded participants in each group were as follows: 58.3% (35 excluded/60 recruited) in the PTSD group, 52.4% (22 excluded/42 recruited) in the MTBI group, 7.4% (2 excluded/27 recruited) in the control group, and none (0 excluded/6 recruited) in the MTBI/PTSD group. The primary reasons for exclusion, in descending order, were the following: dropped out or were no longer interested, previous brain injury or suspected or confirmed neurological pathology, uncontrolled medical condition, older than 60 years, and history of drug or alcohol abuse. Less frequent reasons for exclusion were as follows: insufficient mastery of the French language; suspected visual, sensory, or motor problems; developmental attention problems; suspected malingering; and bipolar disorder.

Procedure

Participants were informed that participation in the study was voluntary; all participants provided written consent prior to the study and were offered financial compensation for their time and transportation costs. As a prerequisite for entering the study, participants underwent a complete psychological screening, including a formal evaluation to establish the presence of PTSD as a primary condition and to evaluate possible secondary conditions, such as anxiety and mood disorders. Self-report questionnaires concerning cognitive and behavioural changes since the trauma were completed between neuropsychological evaluation sessions. For obvious ethical reasons, participants taking medication (e.g., tricyclic antidepressants, anxiolytics, painkillers for participants injured during their respective traumatic events) were not excluded. However, participants' medication had to be as stable as possible during the evaluation process, with no modification during the study, unless required by a change in psychological condition.

The study was approved by the ethics committees at Louis-H Lafontaine Hospital in Montreal (Quebec) and the *Centre de Recherche Interdisciplinaire en Réadaptation* (CRIR) [Centre for Interdisciplinary Research in Rehabilitation] with which the rehabilitation centre was affiliated. The same evaluator met with each participant at one or the other centre, according to the origin of the referral.

Assessment

Psychological Condition

The Structured Clinical Interview for DSM-IV – for Axis I (*SCID*; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 2002) was used to determine the primary and secondary diagnoses in the clinical groups. To establish the frequency and severity of PTSD symptoms in the PTSD and MTBI groups, a psychologist specialized in trauma administered the revised Clinician Administered PTSD Scale for DSM-IV (CAPS; Blake, Weathers, Nagy, Kaloupek, Charney, & Keane, 1998). To examine the impact of the three clusters of trauma symptoms on self-report measures of cognitive problems, the Impact of Event Scale-Revised (IES-R; Weiss, & Marmar, 1997) was administered to the PTSD groups. The Beck Depression Inventory (BDI-

II; Beck, Steer, & Brown, 1996) was used to evaluate the intensity of depressive symptoms. The impact of state and trait anxiety on cognitive performance was measured with the State-Trait Anxiety Inventory (STAI; Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983). A questionnaire concerning the subjective impact of fatigue (Fatigue Impact Scale [FIS]; Fisk, Ritvo, Ross, Haase, Marrie, & Schlech, 1994) was used to evaluate the impact of this factor on neuropsychological performance. The FIS is a 20-item measure with three dimensions; participants use a five-point scale to rate the extent to which fatigue forced them to modify their daily activities in the past month. Finally, the *Rivermead Post-Concussion Symptoms Questionnaire* (King, Wenden, Moss, & Wade, 1995) was used to measure self-report concussion symptoms in the clinical groups. All of the questionnaires described here have demonstrated good psychometric properties.

Neuropsychological Evaluation

Following the psychological evaluation, all participants were administered a battery of standardized neuropsychological tests. Readers are referred to a compendium of neuropsychological tests (e.g., Lezak, 1995) for a detailed description of the psychometric properties of all of the instruments described below.

Baseline measures of intellectual and perceptual integrity. An analogical reasoning test (*Raven's Progressive Matrices – Short Form*) and a summary exam of visuo-perceptual functions were used to measure basic intellectual functioning and to ensure that basic perceptual functions were intact.

Measures of attention capacity. Immediate recall of a series of numbers (*Digit Span of WAIS-III*) and visuospatial sequences (*Corsi Blocks Task*) were used as span tasks. The dependent variables on these measures were the longest correctly recalled sequences in order and in reverse order. A letter and symbol cancellation test (*Mesulam's Cancellation Test*) was used to evaluate selective visual attention in a scanning task. The dependent variable on this measure was the time to complete the test. Among the tests of working memory, an adapted version of the *Stroop* sustained attention and inhibition task (Bohnen, Twinjstra, & Jolles; 1992) was used to provide a more challenging test in terms of recruitment of attentional resources. The *Stroop* test has four subtasks (*Name, Colour, Interference, and Flexibility*).

Task execution time and number of errors produced constituted the dependent variables for this task. A second working memory task was based on the *Brown-Peterson* paradigm; the task required the participant to remember a series of trigrams during a concurrent backwards counting task; participants were subsequently tested on their recall at different delay intervals (9, 18, and 36 seconds). The outcome measure used in the present study was the total number of correctly remembered letters at each delay interval. Finally, we used a rapid symbol substitution test (*WAIS-III Digit Symbol Test*) to evaluate divided attention in a visuographic context; the outcome measure was the total number of correctly substituted symbols within 120 seconds.

Measures of learning capacity and long-term memory. The *California Verbal Learning Test (CVLT-II)* (Delis, Kramer, Kaplan, & Ober, 2001) was used to measure long-term verbal learning in the present study. The CVLT-II involves repeated learning of a grocery list of items from four categories, with free or cued recall, followed by the presentation of a new list of words. Learning was measured by differed recall of the first list following a 20-minute delay. Long-term visual memory was evaluated using the *Rey Complex Figure*. Participants were shown a figure and asked to reproduce it. They were subsequently tested on immediate and differed recall of the figure.

Measures of executive functions. The Tower of London Test was used to evaluate participants' capacity to conceptualize, develop, and execute the sequential movement of a series of beads (on three pegs) to reproduce different goal arrangements. Finally, we included a test of verbal fluidity (*Verbal Fluency*), developed by Delis, Kaplan, and Kramer (2001).

In an effort to minimize the effect of fatigue on the cognitive test results, we reversed the order of the tests for half of the participants in each group.

Results

Statistical Analysis

Descriptive (e.g., mean, standard deviation, percentages) and parametric (*t*-test, ANOVA, post-hoc comparisons with Scheffe test for correction and correlations) statistics

were calculated using SPSS-version 15. When the distribution of pooled data scores did not respect the assumptions of normality, score transformations (square roots or logarithms) were performed. Questionnaires with over 10% missing data were excluded from analyses. Missing data was replaced with the mean substitution method. Following analysis of variance, correlations were conducted to examine the relationships between psychological condition and results on neuropsychological measures in the PTSD and MTBI groups.

Primary and secondary psychological diagnoses

The proportion of participants suffering from moderate to severe PTSD (as assessed by the CAPS interview) was greater in the PTSD group (64%) than in the MTBI/PTSD group (17%). Further, 32% of participants in the PTSD group reported severe PTSD symptoms, in contrast to 0% of the participants in the MTBI/PTSD group. In the latter group, the majority of participants presented light to moderate symptoms (33%), sub-clinical symptoms (33%), or partial PTSD symptoms (17%). In contrast, only 4% of participants in the PTSD group presented sub-clinical symptoms at the time of the evaluation. These findings are inconsistent with previous results that found no statistical differences between PTSD and MTBI/PTSD groups in severity of trauma symptoms on the IES-R (see Table 1).

Results on the SCID revealed that the PTSD group presented more secondary diagnoses than did the MTBI group. Secondary diagnoses reported by participants in the PTSD group included mood disorders (mainly depression – six current, three in remission, two dysthymia) and anxiety disorders (five current panic disorder; seven social or specific phobias). In the MTBI/PTSD group, two participants presented current symptoms of depression and two others were in remission. One participant reported a current anxiety disorder in this group. In comparison, in the MTBI group, three participants with depression in remission, one participant with dysthymia, and two participants with remitted panic or generalized anxiety disorder were identified. Nine PTSD group participants, 14 MTBI group participants, and two MTBI/PTSD group participants spontaneously reported musculoskeletal pain and/or headaches at the interview.

Control and clinical variables

Significant differences in group means on control and clinical variables are reported in Table 1.

Table 1

Summary of Control and Clinical Variables

| <i>Sociodemograp. variables</i> | PTSD (<i>n</i> = 25) | MTBI (<i>n</i> = 19) | MTBI/PTSD (<i>n</i> = 6) | Controls (<i>n</i> = 25) | <i>F</i> (<i>df</i>) | Part. η^2 |
|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|----------------|
| Age | <i>M</i> (<i>SD</i>) 38.5 (12.4) | <i>M</i> (<i>SD</i>) 40.3 (14.7) | <i>M</i> (<i>SD</i>) 33.3 (15.9) | <i>M</i> (<i>SD</i>) 38.9 (12.6) | | ns |
| Female ^a | 19/25 (76%) | 9/19 (47.4%) | 2/6 (33.3%) | 19/25 (76%) | | |
| Education | 14.8 (3.1) | 13.4 (3.9) | 12.8 (3.1) | 15.4 (2.6) | | ns |
| Elapsed time (in months) | 48.5 (41.8) (range 2-146) | 30.7 (31.6) (3-98) | 9.0 (2.9) (4-11) | N/A | <i>F</i> (2, 47) 3.44* | .13 |
| <i>Clinical</i> | <i>M</i> (<i>SD</i>) | <i>M</i> (<i>SD</i>) | <i>M</i> (<i>SD</i>) | <i>M</i> (<i>SD</i>) | <i>F</i> (3, 65) | |
| Beck-II | 29.8 ^b (13.0) | 11.6 ^d (11.4) | 23.8 ^b (10.6) | 4.8 ^b (5.0) | 25.81** | .54 |
| STAI | | | | | <i>F</i> (3, 67) | |
| State | 54.0 ^c (11.0) | 37.6 ^c (12.9) | 43.3 (7.8) | 29.3 (6.3) | 25.65** | .53 |
| Trait | 59.5 ^c (10.2) | 41.1 ^c (14.3) | 55.8 (8.6) | 32.6 (10.4) | 25.18** | .53 |
| IES-R | | | | | <i>F</i> (2, 45) | |
| Intrusion | 18.5 (8.25) | 6.3 (5.5) | 12.5 (7.7) | N/A | 14.39** | .39 |
| Hyperarousal | 16.8 (4.3) | 5.8 (5.4) | 13.5 (5.9) | N/A | 25.97** | .54 |
| Avoidance | 17.9 (8.1) | 4.6 (6.3) | 14.0 (9.1) | N/A | 15.80** | .41 |
| Total score | 53.2 ^b (17.9) | 16.7 ^b (16.2) | 40.0 (21.6) | N/A | 21.85** | .49 |
| Rivermead-PCS | 38.0 (14.6) | 28.6 (13.6) | 34.0 (7.8) | 8.5 (8.5) | <i>F</i> (3, 72) 26.37** | .53 |

^a Female/male ratio was not equivalent across groups (Fisher's exact test, $p = .047$). Due to missing data, n was 1^b, 2^c or 3^d lower. * $p < .05$. ** $p < .01$

Significant differences between groups were observed for ratio of female to male participants. The MTBI/PTSD group had significantly less elapsed time since the trauma than

did the PTSD group. Where clinical variables were concerned, post-hoc analyses revealed that the individuals in the PTSD and MTBI/PTSD groups were significantly more depressed and anxious than were the individuals in the control group and the MTBI group. The PTSD group differed significantly from the MTBI group on anxiety dimensions; the MTBI group did not differ significantly from controls on this variable. Post-hoc comparisons revealed that participants in the PTSD and MTBI/PTSD groups reported significantly greater symptom severity on the IES-R hyperarousal and avoidance subscales than did MTBI participants. Participants in the PTSD group reported significantly more frequent intrusions than did participants in the MTBI group. Finally, post-hoc analyses revealed that all clinical groups reported significantly more post-concussive symptoms on the *Rivermead Check-List* than did the control group.

Subjective Impact of Fatigue

Table 2

Results on the Fatigue Impact Scale (FIS)

| Dimension | Means and Standard Deviation for Fatigue Dimensions | | | | F^c (3,66) | Part. η^2 |
|------------------|---|-------------------|--------------|----------------------|--------------|----------------|
| | PTSD ^a | MTBI ^a | MTBI/PTSD | Control ^b | | |
| | M (SD) | M (SD) | M (SD) | M (SD) | | |
| <i>Cognitive</i> | 26.6 (8.2) | 16.4 (10.8) | 24.8 (9.1) | 5.6 (7.0) | 26.5** | .55 |
| <i>Physical</i> | 25.8 (8.5) | 20.5 (13.4) | 23.4 (5.4) | 6.7 (7.3) | 19.0** | .46 |
| <i>Social</i> | 50.8 (12.4) | 32.4 (24.1) | 46.1 (15.0) | 13.3 (12.4) | 18.8** | .46 |
| <i>Total</i> | 103.2 (31.2) | 69.3 (46.1) | 94.5 (25.7) | 25.6 (25.4) | 22.6** | .51 |

Note. Due to missing data, n was 1^a or 2^b lower. ^cANOVAs were conducted on square root transformations of raw scores. * $p < .05$. ** $p < .01$

Comparisons between the scores obtained by each group on the *Fatigue Impact Scale* are presented in Table 2. Our objective was to determine a) whether or not clinical and control groups differed significantly on measures of subjective fatigue, and b) whether or not the two groups' results on the measures of subjective fatigue were related to their respective results on the cognitive tests. Total score on the FIS is the sum of the physical, cognitive, and social subscales. Higher mean scores indicate greater perceived impact of fatigue and greater need to adjust activity level to accommodate daily symptoms. As shown in Table 2, all of the clinical groups reported significantly greater impact of fatigue than did the control group. Post-hoc comparisons between clinical groups revealed a significant difference between the PTSD and MTBI groups on the FIS cognitive ($p = 0.025$) and social ($p = 0.031$) dimensions only. These differences are discussed below, in the section presenting each group's results on the neuropsychological tests.

Neuropsychological test results

Table 3 presents the main results of the ANOVAs for each group on each of the neuropsychological tests administered. Only the significant between-group results are described in further detail.

Table 3

Summary of Clinical Group Results on all Neuropsychological Tasks

| Tasks | PTSD (<i>n</i> = 25) | MTBI (<i>n</i> = 19) | MTBI/PTSD (<i>n</i> = 6) |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Attention | | | |
| Span | Normal | Normal | Normal |
| Cancellation | Normal | Normal | Normal |
| Brown-Peterson | Normal | Normal | Normal |
| Stroop | | | |
| Speed | Deficit ¹ | Deficit ² | Deficit ³ |
| Errors | Deficit ¹ | Normal | Deficit ⁴ |
| Digit Symbol | Deficit | Deficit | Normal |
| Long-term Memory | | | |
| Visual (Rey Figure) | Normal | Normal | Normal |
| Verbal (CVLT-II) | Normal | Normal | Deficit ⁵ |
| Executive Functions | | | |
| Verbal Fluency | Deficit ⁶ | Deficit ⁷ | Normal |
| Tower of London | Normal | Normal | Normal |

Legend: Normal = results not significantly different from Controls. ¹ = deficit in all task conditions; ² = deficit in the *Colour* condition only; ³ = deficit in *Name* and *Colour* conditions only; ⁴ = deficit in all conditions, except corrected errors more frequent in *Interference* and *Flexibility* conditions; ⁵ = deficit in *Differed free and cued recall* and *Recognition* conditions; ⁶ = deficit in *Letter* and *Category* conditions; ⁷ = deficit in *Letter* condition only

Stroop Task

The conditions in which a main effect of group was observed are identified in Table 4.

Table 4

Completion Time in Seconds on *Stroop Task* (raw scores)

| Means and Standard Deviations for each Condition | | | | | | |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|------------------------------|----------------|
| | PTSD | MTBI | MTBI/PTSD | Control | | |
| Condition | <i>M (SD)</i> | <i>M (SD)</i> | <i>M (SD)</i> | <i>M (SD)</i> | <i>F^a</i> (3, 74) | Part. η^2 |
| <i>Name</i> | 49.5 (8.3) | 46.5 (11.9) | 50.8 (5.3) | 39.7 (5.2) | 8.18** | .26 |
| <i>Colour</i> | 74.0 (14.5) | 66.4 (12.4) | 73.8 (11.7) | 55.4 (8.5) | 12.61** | .35 |
| <i>Interference</i> | 135.4 (47.2) | 114.5 (25.1) | 120.0 (16.1) | 102.6 (47.6) | 4.96* | .17 |
| <i>Flexibility</i> | 150.3 (59.5) | 128.1 (25.8) | 128.8 (16.6) | 106.2 (21.0) | 8.20** | .26 |

^a *F* was calculated on logarithmic transformations of raw scores

p* < .05. *p* .01

Analysis of variance revealed a significant effect of group on the *Stroop* task. Post-hoc analyses demonstrated that the three clinical groups were significantly slower than was the control group on the basic colour naming condition (*Colour*). The PTSD and MTBI/PTSD groups were also slower than the control group on the reading condition (*Name*). On the more challenging conditions – *Interference* and *Flexibility* – only the PTSD group response times were significantly slower than those observed in the control group; the MTBI and MTBI/PTSD groups did not demonstrate significantly greater susceptibility to distraction than did the control group.

To determine whether or not the slowness observed in the PTSD group on the *Interference* and *Flexibility* conditions was attributable to their observed slowness in the basic conditions, we conducted an analysis of variance on the transformed (as per Bohnen et

al, 1992) response time scores. This calculation allowed us to weight the participants' response times on the *Interference* and *Flexibility* conditions as a function of their response times on the *Name* and *Colour* baseline conditions. The results of these analyses confirmed that the significant differences observed between the PTSD group and the control group in the *Interference* [$F(1, 48) = 4.57, p < .05, \eta^2 = .09$] and *Flexibility* [$F(1, 48) = 11.14, p < .05, \eta^2 = .19$] conditions were maintained when participants' response times were weighted based on their respective base levels.

To determine whether or not slower execution time was partially a function of number of errors, we conducted a descriptive analysis of the total errors and the most frequently committed errors observed in each group. Types of error include corrected errors (participant catches the error and self-corrects immediately, increasing his or her total time) and uncorrected errors (participant does not notice the error).

Total errors. The results revealed that 16% of participants in the control and MTBI groups committed more than eight errors in total; in contrast, over 52% and 50% of participants in the PTSD and MTBI/PTSD groups, respectively, committed as many errors.

Corrected errors. Sixty percent of participants in the PTSD group and 50% of participants in the MTBI/PTSD groups committed 6 to 14 corrected errors; the proportion of participants in the MTBI and control groups with 6 to 14 errors were 16% and 24%, respectively. Further, corrected errors occurred most frequently in the interference conditions. The proportion of PTSD and MTBI/PTSD group participants that committed 6 to 14 corrected errors in the combined *interference* and *flexibility* conditions were 40% and 33%, respectively; in contrast, the proportions in the MTBI and control groups were 10% and 4%, respectively.

Uncorrected errors. The MTBI/PTSD group had the highest proportion (33%) of participants who committed more than five uncorrected errors. The proportions in the PTSD, MTBI, and control groups were 12%, 10.6%, and 4%, respectively.

In sum, the analysis of errors on the *Stroop* task indicated that participants with PTSD, irrespective of the presence or absence of comorbid MTBI, were more likely to

commit corrected errors than were participants in the MTBI or control groups. Further, the observed difference between groups seemed to be more pronounced in the attentional interference condition.

Digit Symbol Task

Significant slowing was observed in the clinical groups on the visuographic task ($[F(3, 74) = 4.56, p < .05, \eta^2 = .16]$). Post-hoc analyses confirmed significant differences in means between the PTSD group ($M = 68.9, SD = 13.5$), the MTBI group ($M = 68.7, SD = 18.9$), and the control group ($M = 81.6, SD = 12.6$).

California Verbal Learning Test

Results on the various recall conditions of the *CVLT* verbal learning test are reported in Table 5.

Table 5

Results on *California Verbal Learning Task (CVLT-II)*

| Groups Var. | PTSD <i>M (SD)</i> | MTBI <i>M (SD)</i> | MTBI/PTSD <i>M (SD)</i> | Control <i>M (SD)</i> | F (3,74) | Part. η^2 |
|------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------|--------------------------|-------------------|----------------|
| Total 1-5 (A) | 59.6 (10.2) | 55.4 (13.4) | 50.0 (17.0) | 62.2 (11.0) | 2.33 | .09 |
| Imm. FR (B) | 7.8 (2.6) | 6.4 (2.7) | 5.3 (2.0) | 7.9 (2.4) | 2.79 ^a | .11 |
| Imm. FR (A) | 12.4 (2.9) | 11.8 (3.9) | 10.5 (6.2) | 13.4 (2.8) | 1.42 | .06 |
| Imm. CR (A) | 13.1 (2.4) | 12.5 (3.5) | 11.0 (5.0) | 14.1 (2.5) | 2.08 | .08 |
| Diff. FR (A) | 12.7 (3.1) | 12.3 (3.7) | 9.3* (5.4) | 14.0 (2.9) | 3.15* | .12 |
| Diff. CR (A) | 13.1 (2.7) | 12.9 (3.3) | 10.5* (5.0) | 14.4 (2.2) | 3.23* | .12 |
| Pro. Interfer. | -.64 (2.1) | -.94 (3.1) | -.67 (1.4) | -.64 (2.0) | 0.07 | .00 |
| Retro. Interfer. | 1.7 (1.9) | .72 (2.5) | 1.7 (3.1) | 1.2 (1.4) | 0.87 | .04 |
| Recognition | 14.8 (1.4) | 14.6 (2.0) | 12.8* (3.5) | 15.4 (1.0) | 3.82* | .14 |

Variables: *Total 1-5 (A)* = Sum of items from list A recalled correctly after five trials; *Imm. FR (B)* = Immediate free recall of items from list B; *Imm. FR (A)* = Immediate free recall of items from list A after free recall of list B; *Imm. CR (A)* = Immediate cued recall of items from list A; *Diff. FR (A)* = Differed free recall of items from list A; *Diff. CR (A)* = Differed cued recall of items from List A; *Pro. Interfer.* = Proactive interference (i.e., sum of items recalled from list B minus sum of items recalled from trial 1 of list A; *Retro. Interfer.* = Retroactive interference (i.e., sum of items recalled correctly from Imm. FR (A) minus sum of items from trial 5 of list A; *Recognition* = Forced choice selection of presented items among non-presented distracters

* $p < .05$ for main and post-hoc effects ^a p reached .05 significance criteria for main effect of group, but post-hoc comparison was not significant

Significant main effects of group were found for the following conditions: *Immediate free recall of list B*, *Delayed free/cued recall*, and *Recognition of list A*. However, post-hoc analyses revealed that only the MTBI/PTSD group had significantly weaker means than did the control group, and only in the *Delayed recall* conditions (i.e., *Free recall*, *Cued recall*, and *Recognition*).

Verbal Fluency Task

The main effects of group and the mean scores on the *Verbal Fluency* test are reported in Table 6.

Table 6

Verbal Fluency Task Scores

| Means and Standard Deviations for each Condition | | | | | | |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|------------------|----------------|
| Groups | PTSD | MTBI | MTBI/PTSD | Control | | |
| Condit. | <i>M (SD)</i> | <i>M (SD)</i> | <i>M (SD)</i> | <i>M (SD)</i> | <i>F (3, 74)</i> | Part. η^2 |
| <i>Letters</i> | 29.3 (7.5) | 35.0 (9.5) | 31.8(9.9) | 43.6 (9.9) | 10.82* | .31 |
| <i>Category</i> | 37.4 (6.8) | 39.5 (8.1) | 39.5 (7.6) | 45.9 (8.7) | 5.26* | .18 |
| <i>Alternance</i> | 12.1 (3.4) | 13.8 (3.9) | 10.9 (5.4) | 14.2 (3.6) | 2.23 | .09 |

* $p < .05$.

The results on the measure of verbal fluidity indicated a more marked slowing in evocation mechanisms for verbal long-term memory in the PTSD group, in both the lexical and categorical recall conditions. In the MTBI group, slowing was limited to the lexical evocation task, which requires greater attentional control.

Pearson's Correlations

In order to investigate the relationship between psychological condition and cognitive performance in the MTBI and PTSD groups, we conducted *a posteriori* exploratory Pearson's correlation analyses on these groups' results on the measures of psychological symptoms and fatigue (*BDI-II*, *IES-R*, *STAI*, *FIS*) and the significant results of the neuropsychological tests. Two correlations reached the threshold of statistical significance: a significant relationship was observed in the PTSD group between the impact of physical fatigue and the number of categories produced on the *Verbal Fluency* test ($r = -.43$, $p < .05$, 95% CI = [-0.70 to -0.03]), and a significant relationship was observed in the MTBI group between the *FIS* score and execution time on the colour task of the *Stroop* test (physical: .54,

95% CI = [0.11 to .0.80]; cognitive: .55, 95% CI = [0.13 to .0.80]; social: .60, 95% CI = [0.20 to .0.83]; total: .59, 95% CI = [0.18 to .0.82]). These results suggest significant relationships in the PTSD and MTBI samples between subjective fatigue and some attention and lexical evocation tests.

Discussion

Partial confirmation of the first two hypotheses

At first glance, the results seem to confirm the present study's first hypothesis: greater cognitive deficits were observed in the PTSD and MTBI/PTSD groups than in the control group, even after the exclusion of several medical, personal, and demographic factors that can impact outcome on neuropsychological tests in these clinical populations. The results suggest that the PTSD group had significantly greater deficits on some measures of divided attention and attentional interference than did the MTBI group. However, this finding is mitigated by the significant comorbidity with depressive and anxious symptoms observed in the PTSD group; the presence of comorbid symptoms limits the plausibility of a unique contribution of PTSD to the results. The first two hypotheses are therefore only partially confirmed.

Partial confirmation of the third hypothesis (cumulative effect of the two conditions)

The third hypothesis seems to be confirmed, at least partially, by the findings that only the MTBI/PTSD group presented problems with verbal long-term memory as well as significant problems with distractibility and divided attention. Similarly to the PTSD group, the MTBI/PTSD group committed more total corrected errors than did the MTBI group on the attentional inhibition test, particularly in the context of attentional interference. However, the individuals in the MTBI/PTSD group presented only mild to sub-clinical PTSD symptoms in the majority of cases; the presence of PTSD therefore cannot entirely explain the more severe cognitive (verbal memory) problems observed in the MTBI/PTSD group than in the PTSD group. Recall that the participants in the PTSD group presented moderate to severe symptoms of post-traumatic stress in the majority of cases, but did not present deficits in long-term memory. Further, given that the intensity of depressive and anxious symptoms

was comparable between the MTBI/PTSD and PTSD groups, comorbidity alone cannot account for the more marked deficits in long-term memory observed in the former group. How, then, can we explain the verbal long-term memory deficit observed in the double diagnosis group but not in the other two clinical groups?

Alternative explanation: Interaction effect rather than cumulative effect?

One reasonable explanation for the results obtained is as follows: the combination of PTSD symptoms and significant anxiety and depression symptoms contributes to deficits in divided attention, deficits in categorical and lexical fluidity, and greater distractibility, without creating problems with long-term memory (as measured on the standardized neuropsychological tests used in the present study).

It appears that, when an MTBI is “added” to PTSD (even mild PTSD) with significant comorbid depression and anxiety, an interaction effect occurs between the MTBI and the combined psychological conditions (PTSD, depression, and anxiety), exacerbating cognitive problems to the point of affecting long-term memory, rather than affecting attention only. This explanation contradicts the hypothesis of a “cumulative effect” of the respective impacts of MTBI and PTSD, suggested by Vanderploeg, Bélanger, and Curtiss (2009). The interaction effect is further supported by the fact that the participants in the MTBI group, who did not present trauma symptoms or comorbid depression or anxiety, also presented no difficulties with verbal learning, despite neurological diagnostic criteria equivalent to that of the MTBI/PTSD group. Neurophysiologically, we could hypothesize that subtle neurological or functional deficits attributable to MTBI create a “disinhibition” effect in fronto-temporal regulation mechanisms (Bigler, 2008; 2004; Chen, Johnston, Frey, Petrides, Worsley & Ptito, 2004), resulting in difficulty containing and regulating emotionally intense symptomatology in individuals with MTBI that could, in turn, disturb information processing. This hypothesis could account for the more significant disturbances in attention and memory processes observed in the sample MTBI/PTSD than in the sample with MTBI without psychological comorbidity. In sum, the negative interaction between neurophysiological and/or functional effects of MTBI and psychological comorbidity may produce a multiplicative rather than additive negative effect on cognitive performance.

Alternative explanation: Differences in elapsed time since the trauma?

A second alternative explanation for the results obtained may be the shorter period of elapsed time since the trauma in the MTBI/PTSD group (9 months) than in the PTSD group (48.5 months). This difference may account for the more severe cognitive problems observed in the former group. In fact, it is theoretically possible that the individuals in the MTBI/PTSD group were still in a state of neurological recovery at the time of the study, or still reacting to the sequelae of MTBI, resulting in more significant psychological distress than that observed in the individuals in the MTBI group. Future studies with larger samples of participants with dual diagnoses will help determine the relevance of the amount of elapsed time since the trauma.

Primary and secondary psychological diagnoses in clinical samples

The clinical data obtained in the present study seems to suggest that a diagnosis of PTSD, with or without concomitant MTBI, is associated with increased comorbid anxious and depressive symptoms. The differences between groups in the intensity of trauma symptoms (as measured by the *CAPS* structured interview) constitutes another interesting result; moderate to severe trauma symptoms were observed in the PTSD group, whereas the symptoms observed in the MTBI/PTSD group were mild to subclinical. However, on the self-report questionnaire of PTSD symptom severity (*IES-R*), the two groups reported comparably moderate to severe symptoms. This finding highlights the importance of using a structured interview and DSM criteria to evaluate post-traumatic symptoms, rather than using subjective self-report questionnaires, particularly when concomitant MTBI is suspected.

The absence of significant differences between the PTSD, MTBI, and MTBI/PTSD groups in the results of the *Rivermead Post-Concussion Symptom Checklist (PCS)* provides further support for the hypothesis that the overlap in symptoms between conditions can artificially inflate self-reports on the *IES-R* or *PCS*. The results also demonstrate the need to develop diagnostic tools for clinical populations who simultaneously present post-traumatic symptoms and symptoms of neuropsychological conditions such as MTBI (Harvey, Brewin, Jones & Kopelman, 2003); such instruments would improve differential diagnosis. That 50% to 60% of participants recruited in the PTSD and MTBI groups were excluded from the study

confirms the need to control for comorbidity and sociodemographic factors in these populations, in order to avoid reports of cognitive deficits that are attributable to conditions other than PTSD and MTBI.

The impact of fatigue on cognitive functioning

A posteriori correlation analyses of exploratory variables such as subjective fatigue suggested the presence of a negative correlation (strength unclear in this population) in the PTSD group between physical fatigue score and score on the measure of categorical fluidity. In the MTBI group, all of the fatigue dimensions correlated significantly with one of the basic conditions on the *Stroop* test (*Colour*). Also of note is that, in the preceding phase of the study (using the same sample; Pineau, Marchand, Guay, & Godbout, in preparation), the measure of fatigue (*Fatigue Impact Scale*) was demonstrated to be the only factor that contributed significantly (14%) and independently to the variance in severity of post-traumatic symptoms.

These results do not confirm or disconfirm the role of subjective fatigue in explaining the greater cognitive difficulties observed in PTSD groups than in MTBI groups; it is plausible that fatigue is a consequence rather than a cause of the cognitive problems demonstrated in clinical groups. For example, the greater distractibility observed in the PTSD groups could result in increased vigilance for errors, increasing the likelihood of corrected errors; in the long-term, such vigilance could produce greater mental fatigue in PTSD groups. Although this explanation remains hypothetical for the moment, some studies have demonstrated the impact of fatigue on cognitive functioning, particularly in individuals with chronic fatigue syndrome (Michiels & Cluydts, 2001). The results presented here highlight the association between fatigue and cognitive problems, not only in MTBI population (Stulemeijer, VanderWerf, Bleijenberg, Biert, Brauer & al., 2006; Ziino & Ponsford, 2006) but in PTSD population as well.

Results of the current study, in the context of the existing literature

The results obtained in the PTSD group are consistent with the results of Isaac & al.'s (2006) literature review of studies of PTSD populations. In particular, we found an absence

of deficits on measures of attention that used more proceduralized mechanisms (e.g., *Span tasks*, *Letter/Symbol cancellation*), in comparison to more complex and challenging tests that demand greater attentional resources (e.g., *Stroop*, *Symbol Digit*). The results of the present study are also congruent with those reported by Nelson and colleagues (2009) in a study of individuals with double diagnoses (TBI and PTSD). However, the significant depressive and anxious comorbidity reported by individuals in the PTSD group in the present study may have contributed to the observed cognitive difficulties. So, the specific contribution of PTSD to attentional deficit and problem in delayed verbal recall in some groups of PTSD cannot be confirmed definitely.

In their meta-analysis of significant neuropsychological sequelae in MTBI populations, Bélanger and colleagues (2005) concluded that sequelae from MTBI were generally observed in clinical samples, rather than in population-based (non-clinical) samples, and were limited to the acute medical phase (less than three months post-event).

The authors found that neuropsychological sequelae primarily affected verbal fluidity and delayed verbal recall. Given that post-concussive and post-traumatic symptoms in the MTBI/PTSD group in the present study were chronic rather than acute, the similarity between Bélanger & al.'s (2005) results and the results of the dual diagnosis group in the present study (a clinical population) are surprising. This finding raises the question of control over comorbid factors, and the impact that such control or lack of control may have had on the results of several of the studies described by Bélanger and colleagues. Finally, the authors mentioned that some of the results in the MTBI samples included in the review may have been attributable to psychological factors; however, meta-analysis methods did not allow to control these variables (McDermott & Ebmeier, 2009; Pertab, James & Bigler, 2009).

One of the primary methodological limitations of the present study was the number of participants; the limited sample size prevents the generalization of the results. Another limitation was the clinical nature of the samples. Individuals in clinical samples have either been treated or are seeking treatment at the time of recruitment, and are not representative of general (non-clinical) populations of individuals with PTSD and MTBI. The use in the present study of clinical questionnaires that were not validated with all of the populations

investigated highlights the need to develop sensitive and specific measurement instruments for PTSD and MTBI populations; such instruments will allow clinicians to establish accurate diagnoses and subsequently orient patients to appropriate resources.

The results of the present study have several clinical implications. First, in terms of diagnosis, the results confirmed the importance of using structured interviews, rather than self-report questionnaires to diagnose PTSD in MTBI populations. Given the overlap in symptoms between MTBI and PTSD and the tangling of symptoms in the case of double diagnosis (MTBI/PTSD), the use of this questionnaire as a diagnostic tool poses the risk of false-positive diagnoses of PTSD in MTBI populations (Sumpter & McMillan, 2006). Second, the results allowed us to identify several neuropsychological characteristics specific to each clinical group. Neuropsychological profiling is an interesting avenue for future research and will allow clinicians to look beyond the common symptoms between the conditions and to identify the specific cognitive and behavioural problems of each clientele. Such profiling may be particularly relevant for differential diagnosis.

Regarding treatment for patients with PTSD and MTBI, the results of the present study highlight the importance of using psychoeducation to alter patients' perceptions about PTSD and/or MTBI. For example, psychoeducation interventions could reassure patients about the impermanent nature of some of the causes (e.g., anxiety disorders, depression) of cognitive problems they may be experiencing, and could educate patients about methods for minimizing the impacts of certain problems demonstrated on cognitive tests.

Further, the results reported here demonstrate the need to develop sensitive, specific, and ecological psychometric instruments for measuring cognitive problems in PTSD and MTBI populations. Such instruments could decrease the disparity between subjective cognitive complaints (see Pineau & al., in preparation) and objective cognitive problems that is often observed in these populations in clinical settings. The finding that PTSD groups had difficulty inhibiting attentional distracters, even in laboratory conditions, raises the question of the real magnitude of these problems in work environments where constant distractions are present.

Conclusion

In conclusion, the results obtained on the standardized measures of attention, memory, and executive functions suggest a more marked sensitivity to attentional distraction in the PTSD group than in the MTBI group. Only the MTBI/PTSD group, however, demonstrated coding problems in verbal long-term memory, in addition to attention problems of a comparable nature and intensity to those observed in the PTSD group. However, given the weaker intensity of PTSD symptoms in the MTBI/PTSD group, trauma symptoms cannot entirely account for the results on the memory tests any more than can comorbidity considered in isolation. The possibility of an interaction between subtle sequelae of MTBI and emotional symptoms (PTSD, depression, mixed) is suggested as an alternative explanation for the results presented here. A second alternative explanation is the greater recency of the trauma in the MTBI/PTSD group than in the PTSD group or MTBI groups. These results highlight the importance of closely controlling comorbid factors in studies of the psychological impacts of trauma on cognitive performance. The results also demonstrate the utility of closely documenting the cognitive profiles of different subgroups of individuals with PTSD. Establishing specific neuropsychological profiles for subgroups could promote accurate differential diagnosis and the development of effective therapeutic interventions for clinical subgroups with similar presenting symptoms.

Références

- Beck, A.T., Steer, R.A., Brown, G.K. (1996). *Beck Depression Inventory-second edition manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bélanger, H.G., Curtiss, G., Demery, J.A., Lebowitz, B.K. & Vanderploeg, R.D. (2005). Factors moderating neuropsychological outcomes following mild traumatic brain injury : A meta-analysis. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 11, 215-227.
- Bigler, E.D. (2008). Neuropsychological and clinical neuroscience persistent post-concussive syndrome. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 14, 1-22.
- Bigler, E.D. (2004). Neuropsychological results and neuropathological findings at autopsy in a case of mild traumatic brain injury. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 10, 794-806.
- Binder, L.M., Rohling, M.L., & Larrabee, J. (1997). A review of mild head trauma. Part I: Meta-analytic review of neuropsychological studies. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 19, 421-431.
- Blake, D.D., Weathers, F.W., Nagy, L.M., Kaloupek, D.G., Charney, D.S. & Keane, T.M. (1998). *Clinician-Administered PTSD scale for DSM-IV, Revised (CAPS)*. National Center for Posttraumatic Stress Disorder, Behavioral Science Division, Boston, VA, Medical Center & Neuroscience Division, West Heaven VA, Medical Center.
- Bohnen, N., Twijnstra, A., & Jolles, J. (1992). Performance in the Stroop color word test in relationship to the persistence of symptoms following mild head injury. *Acta Neurol. Scand*, 85, 116-121.
- Bryant, R.A. & Harvey, A.G. (1999). Postconcussive symptoms and posttraumatic stress disorder after mild traumatic brain injury. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187 (5), 302-302.
- Carroll, L.J., Cassidy, J.D., Peloso, P.M. & al. (2004). Prognosis for mild traumatic brain injury: results of the WHO Collaborating Centre Task Force on Mild Traumatic Brain Injury. *Journal of Rehabilitation Medicine Supplement*, 43, 84-105.
- Chamelian, L., Feinstein, A. (2006). The effect of major depression on subjective and objective cognitive deficits in mild to moderate traumatic brain injury. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, vol. 18 (1), 33-38.
- Chen, J.K., Johnston, K.M., Frey, S., Petrides, M., Worsley, K. & Ptito, A. (2004). Functional abnormalities in symptomatic concussed athletes: an fMRI study. *Neuroimage*, 22, 68-82.

- Delis, D.C., Kaplan, E., & Kramer, J.H. (2001). *Delis-Kaplan Executive Function System*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M. & Williams, J.B.W. (2002). Structured Clinical Interview for DSM-IV, Axis I Disorders, Research Version, Non-patient Edition. (*SCID-IV*). Washington, DC, American Psychiatric Association.
- Fisk, J.D., Ritvo, P.G., Ross, L., Haasse, D.A., Marrie, T.J. & Schlech, W.F. (1994). Measuring the functional impact of fatigue: Initial validation of the Fatigue Impact Scale. *Clinical and Infectious Diseases*, 18 (Suppl. 1), S79-83.
- Harvey, A.G., Brewin, C.R., Jones, C. & Kopelman, M.D. (2003). Coexistence of post-traumatic stress disorder and traumatic brain injury: Towards a resolution of the paradox. *Journal of International Neuropsychological Society*, 9, 663-676.
- Hoge, C.W., McGurk, D., Thomas, J.L., Cox, A.L., Engel, C.C. & Castro, C.A. (2008). Mild traumatic brain injury in U.S. soldiers returning from Iraq. *The New England Journal of Medicine*, vol. 358 (5), 453-463.
- Isaac, C.L., Cushway, D. & Jones, G. (2006). Is posttraumatic stress disorder associated with specific deficits in episodic memory? *Clinical Psychology Review*, 26, 939-955.
- Johnsen, G.E., Kanagaratnam, P. & Asbjørnsen, A.E. (2008). Memory impairments in posttraumatic stress disorder are related to depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 22 (3), 464-474.
- King, N.S., Crawford, S., Wenden, F.J., Moss, N.E. & Wade, D.T. (1995). The Rivermead Post Concussion Symptoms Questionnaire: a measure of symptoms commonly experienced after head injury and its reliability. *Journal of Neurology*, 242 (9), 587-592.
- McDermott, L.M. & Ebmeier, K.P. (2009). A meta-analysis of depression severity and cognitive function. *Journal of Affective Disorders*, 119, 1-8.
- McMillan, T.M. (2001). Errors in diagnosing post-traumatic stress disorder after traumatic brain injury. *Brain Injury*, 15 (1), 39-46.
- Michiels, V. & Cluydts, R. (2001). Neuropsychological functioning in chronic fatigue syndrome: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 84-93.
- Nelson, L.A., Yoash-Gantz, R.E., Pickett, T.C. & Campbell, T.A. (2009). Relationship between processing speed and executive functioning performance among OEF/OIF veterans: Implications for postdeployment rehabilitation. *Journal of Head Trauma and Rehabilitation*, vol. 24 (1), 32-40.
- Pertab, J.L., James, K.M. & Bigler (2009). Limitations of mild traumatic brain injury meta-analyses. *Brain Injury*, 23 (6), 498-508.

- Pineau, H., Marchand, A., Godbout, L. & Guay, S. (2010). *Cognitive and behavioural complaints in post-traumatic stress disorder and mild traumatic brain injury: Are they specific and useful for treatment?* Manuscript submitted for publication.
- RAND Corporation. (2008). Invisible wounds of war: Psychological and cognitive injuries, their consequences, and services to assist recovery. T. Tanielian & L. H. Jaycox (Eds.). Santa Monica, CA.
- Schretlen, D.J. & Shapiro, A.M. (2003). A quantitative review of the effects of traumatic brain injury on cognitive functioning. *International Review of Psychiatry*, 15, 341-349.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R., Vagg, P.R. & Jacobs, G.A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychological Press.
- Stulemeijer, M., Vanderwerf, S., Bleijenberg, G., Brauer, J. & Vos, P.E. (2006). Recovery from mild traumatic brain injury. *Journal of Neurology*, 253, 1041-1047.
- Sumpter, R.E. & McMillan, T.M. (2006). Errors in self-report of post-traumatic stress disorder after severe traumatic brain injury. *Brain Injury*, vol. 20 (1), 93-99.
- Vanderploeg, R.D., Belanger, H.G. & Curtiss, G. (2009). Mild traumatic brain injury and posttraumatic stress disorder and their associations with health symptoms. *Archives of Physical and Medicine Rehabilitation*, vol. 90, 1084-1093.
- Weiss, D.S. & Marmar, C.R. (1997). The Impact of Event Scale-revised. In J.P. Wilson and T.M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD: A practitioner's handbook* (pp. 399-411). New York, USA: Guilford Press.
- Zakzanis, K.K., Leach, L., & Kaplan, E. (1999). Mild traumatic brain injury. In *Neuropsychological differential diagnosis* (pp. 163-171). Exton, Pennsylvania: Swets & Zeitlinger.
- Ziino, C. & Ponsford, J. (2006). Selective attention deficits and subjective fatigue following traumatic brain injury. *Neuropsychology*, vol. 20 (3), 383-390.

CHAPITRE V

DISCUSSION GÉNÉRALE

CHAPITRE V

DISCUSSION GÉNÉRALE

Ce chapitre, qui se compose de six sections, comprend une discussion générale des résultats obtenus concernant les deux études empiriques de la thèse. On y trouvera d'abord un résumé des principaux résultats obtenus dans chacune des études, suivi d'une discussion concernant certains résultats plus caractéristiques selon les groupes cliniques étudiés. Les forces et les limites des études seront ensuite abordées à la troisième section, suivie de l'apport des résultats au plan théorique et clinique qui sera discuté à la quatrième section. Un exemple d'une démarche d'évaluation des symptômes qui tienne compte des facteurs de comorbidités, tant au moment de l'établissement du diagnostic que du traitement, est illustré à partir d'un cas clinique fictif chez lequel une double condition (ESPT et TCCL) est suspectée. Finalement, l'utilité des résultats est abordée à la cinquième section, selon qu'on soit un clinicien en psycho- ou en neuro-traumatologie appelé à évaluer et à traiter ces doubles conditions concomitantes. La dernière section constitue la conclusion générale de la thèse.

5.1 Résultats généraux des deux articles de thèse

Trois principaux aspects se dégagent de l'ensemble des résultats obtenus en regard des hypothèses ou questions de recherche formulées au départ.

Premièrement, même si les groupes cliniques rapportent une intensité significativement plus importante de plaintes cognitives et comportementales que le groupe contrôle, les changements de comportements faisant l'objet de plaintes chez les participants avec ESPT ne semblent pas entièrement validés par les proches. Par exemple, l'irritabilité représente une plainte importante rapportée par les participants avec ESPT mais non par leur proche, dont la perception ne se distingue pas à cet égard des proches du groupe contrôle. En comparaison, l'irritabilité est rapportée de façon aussi importante par les proches du groupe

TCCL/ESPT que par les participants eux-mêmes depuis l'événement traumatique. Il semble donc se dégager certaines spécificités dans la validation des plaintes des participants selon les groupes étudiés qui peuvent être utiles au moment de l'évaluation ou du traitement des symptômes de trauma.

Deuxièmement, les résultats présentés aux chapitres III et IV suggèrent que la seule considération des plaintes subjectives à propos de changements rapportés au plan cognitif et comportemental par les clientèles avec ESPT et TCCL apparaît insuffisante au plan diagnostic pour apprécier la nature exacte et l'intensité réelle des difficultés neuropsychologiques chez ces groupes cliniques. En effet, même si les trois groupes cliniques rapportent des plaintes d'intensité assez comparable de façon générale, les difficultés cognitives objectivées à l'évaluation neuropsychologique ne corroborent pas entièrement l'intensité de ces plaintes chez l'ensemble des groupes cliniques.

Toutefois, certaines plaintes apparaissent compatibles avec certains résultats neuropsychologiques obtenus. Par exemple, les plaintes de distractions rapportées par les groupes ESPT et TCCL/ESPT semblent compatibles avec les résultats déficitaires obtenues aux épreuves d'inhibition attentionnelle en contexte de distracteurs (p. ex., au Stroop) et d'attention divisée (p. ex., à la substitution de symboles) mais moins avec ceux obtenus aux épreuves plus automatisées d'empan auditif ou de balayage visuel qui sont comparables à ceux du groupe contrôle. Le groupe TCCL, quant à lui, présente un léger ralentissement à l'épreuve de substitution de symboles sans présenter la même intensité à l'interférence aux distracteurs rapportée par les groupes ESPT (au Stroop, par exemple). Les plaintes au niveau des distractions sont également moins marquées chez ce groupe que chez le groupe ESPT.

Au niveau des épreuves d'apprentissage, le seul groupe présentant des résultats déficitaires au rappel d'informations en mémoire à long terme verbale est celui avec double diagnostic (TCCL/ESPT), dont les mesures de rappel différé se situent significativement sous la moyenne du groupe contrôle. Or, le groupe TCCL/ESPT est également le seul groupe à rapporter comme plainte dominante (à plus de 80%) l'oubli des rendez-vous au quotidien. Ces résultats suggèrent la possibilité de caractériser certains groupes cliniques selon le type de difficultés cognitives dominantes et d'établir certaines relations entre ces difficultés objectives et les plaintes rapportées par les groupes cliniques.

Troisièmement, il importe de souligner que l'importante comorbidité anxieuse et dépressive retrouvée chez les groupes ESPT et TCCL/ESPT (et non chez le groupe TCCL) ne permet pas de distinguer la contribution unique de la condition d'ESPT aux mesures de plaintes subjectives et de rendement cognitif. De plus, il semble que la condition d'ESPT, même accompagnée d'une forte comorbidité de symptômes anxieux et dépressifs, ne soit pas suffisante apparemment pour entraîner des troubles de récupération différée d'informations en mémoire à long terme verbale. En effet, cette comorbidité existe à une intensité comparable chez le groupe TCCL/ESPT, alors que ce dernier groupe présente en général des symptômes de stress post-traumatique moins sévères que le groupe ESPT (c.-à-d., de léger à sous-clinique) et obtient pourtant un rappel différé déficitaire en mémoire à long terme verbale. Une des hypothèses possibles pour rendre compte de ce résultat serait de postuler la présence d'un effet d'interaction entre le TCCL et les différentes comorbidités psychologiques combinées (ESPT, anxiété, et dépression). La seconde explication possible, est la possibilité que la récence du trauma, plus grande chez le groupe TCCL/ESPT au moment de l'évaluation (neuf mois post-trauma en moyenne) puisse expliquer que les difficultés mnésiques soient plus importantes que chez les autres groupes (entre 30 et 48 mois chez les groupes TCCL et ESPT respectivement) étant donné une récupération neurologique possiblement encore active au moment de l'évaluation.

La section suivante reprend de façon plus détaillée la discussion concernant la consistance obtenue entre certaines plaintes subjectives et résultats aux épreuves neuropsychologiques objectives chez chacun des groupes cliniques à l'étude.

5.2 Caractérisation des plaintes en fonction des résultats neuropsychologiques obtenus

L'objectif principal des études était de caractériser les plaintes cognitives et comportementales de trois groupes cliniques présentant soit un ESPT, un TCCL ou les deux conditions concomitantes (TCCL/ESPT) et de mettre en relation ces plaintes avec les résultats obtenus à l'évaluation neuropsychologique objective. Nous abordons maintenant cette caractérisation selon chacun des groupes cliniques à l'étude.

5.2.1 Groupe avec ESPT

Au niveau des plaintes cognitives, les principaux résultats indiquent que le groupe avec ESPT présente une intensité de plaintes concernant des inattentions et oublis quotidiens (au CFQ) significativement plus marquée que chez le groupe TCCL. L'analyse qualitative des plaintes les plus fréquemment rapportées comme étant problématique pour le groupe ESPT révèle que la quasi-totalité des participants avec ESPT (95%), à l'instar du groupe TCCL/ESPT, rapporte devoir relire à plusieurs reprises des écrits en raison des difficultés de concentration, comparativement à une proportion se situant autour de 60% pour le groupe avec TCCL.

Il est intéressant de mettre en correspondance ces résultats avec les données neuropsychologiques obtenues par le groupe ESPT. Ce groupe rapporte en effet un ralentissement attentionnel significatif tant en contexte d'attention divisée (Digit Symbol) que d'interférence attentionnelle. À l'épreuve de Stroop, par exemple, la proportion de réponses auto-corrigées (par rapport au groupe TCCL) est plus importante dans un contexte d'interférence où une réponse plus automatique doit être inhibée au profit d'une autre plus contrôlée. Cette tendance beaucoup plus marquée à s'auto-corriger pourrait trouver une correspondance avec la plainte précédemment rapportée de façon dominante par le groupe ESPT (comparativement au groupe TCCL) concernant la nécessité de relire plusieurs fois du matériel écrit. Cette difficulté à « inhiber » des réponses compétitives (en contexte de lecture au Stroop ou dans la vie courante) pourrait de la même manière peut-être expliquer le ralentissement attentionnel constaté en contexte de fluidité verbale. Dans ce dernier contexte également pourrait se produire une difficulté à inhiber les réponses compétitives (parmi les mots activés) ne remplissant pas les critères d'évocation (catégoriels ou lexicaux), d'où un nombre plus limité de réponses produites dans le délai autorisé comparativement au groupe contrôle et TCCL. Ces hypothèses demeurent pour le moment spéculatives, mais néanmoins plausibles. Il reste par ailleurs à élucider les raisons qui expliqueraient cette hypothétique difficulté à inhiber les distracteurs en présence de symptômes d'ESPT : est-ce qu'une hypervigilance excessive aux stimuli de l'environnement pourrait contribuer à cette difficulté, ou encore serait-ce l'irruption de flashbacks qui pourrait perturber les processus d'inhibition attentionnelle en cours? D'autres études apparaissent nécessaires pour mieux préciser la nature des difficultés cognitives suggérées par les présents résultats.

Un dernier aspect intéressant à souligner entre les plaintes cognitives des participants ESPT et les données neuropsychologiques est l'apparente consistance entre les plaintes de fatigue rapportées et la corrélation significative obtenue sur la mesure d'impact de fatigue physique et la fluidité catégorielle, surtout lorsqu'on considère que ce groupe présente des symptômes de stress post-traumatique plus sévères comparativement au groupe TCCL/ESPT. Or, c'est également chez le groupe ESPT que la fatigue explique à elle seule une variance unique de l'indice d'intensité des symptômes de stress post-traumatique rapportés à l'échelle d'impact de l'événement.

Les résultats précédents, considérés dans leur ensemble, semblent suggérer des particularités du fonctionnement cognitif en présence de symptômes post-traumatiques et de l'humeur qui se traduisent par une tendance à s'auto-corriger fréquemment en contexte de traitement de l'information, possiblement en raison d'une instabilité du contrôle attentionnel ou d'une sensibilité accrue à l'interférence attentionnelle. En retour, cette mobilisation plus exigeante des ressources attentionnelles à long terme pourrait entraîner des symptômes de fatigue plus importants, à moins qu'en retour, la fatigue soit un facteur contributif à cette mobilisation plus exigeante des ressources attentionnelles. Les corrélations obtenues entre certains indices de fatigue et épreuves neuropsychologiques ne permettent pas, en effet, de présumer quant à la direction de la relation entre la fatigue et certaines épreuves cognitives à la lumière des données actuelles, mais soulignent la pertinence de considérer ces facteurs de manière plus approfondie à l'avenir.

5.2.2 Groupe TCCL/ESPT

Bien que l'intensité de symptômes post-traumatiques varie de légère à sous-clinique chez le groupe avec double diagnostic, on relève néanmoins un ralentissement attentionnel significatif en contexte d'attention divisée et une tendance à produire davantage de réponses auto-corrigées en contexte d'inhibition de réponses automatisées, à l'instar du groupe avec ESPT. Contrairement à ce dernier groupe cependant, dont les résultats aux épreuves de mémorisation et de rétention à long terme d'informations verbales nouvelles sont comparables à celle du groupe contrôle, les participants avec double diagnostic obtiennent des résultats significativement plus faibles que les contrôles (et les deux autres groupes

cliniques) aux mesures de rappel libre et indicé différées, de même qu'à la mesure de reconnaissance à choix forcé. Il semble donc que des difficultés d'encodage en mémoire à long terme verbale soient plus importantes chez le groupe TCCL/ESPT puisque ni la présence d'indices au rappel différé, ni le contexte de reconnaissance n'améliorent le rappel. Ce résultat apparaît cohérent avec le type de plaintes dominantes rapportées par ce groupe qui manifeste également le taux le plus élevé de « plaintes d'oublis de rendez-vous » (plus de 80%) comparativement aux groupes ESPT (30%), TCCL (37%) et contrôle (4%). Une des explications plausibles de ces résultats pourrait être la récence plus grande du trauma (9 mois) chez le groupe TCCL/ESPT comparativement au groupe ESPT (48.5 mois) qui fait en sorte que le groupe avec double diagnostic pouvait encore être en pleine récupération neurologique au moment de l'évaluation. Une autre explication possible, liée à la récence de l'événement, est la possibilité que le groupe TCCL/ESPT présentait des réactions psychologiques d'adaptation intense aux séquelles du TCCL au moment de l'évaluation (vue la récence du trauma), comme en témoigne l'intensité des symptômes anxieux et dépressifs relevés chez ce groupe. Ces réactions émotionnelles intenses pourraient ainsi être plus difficilement inhibées ou auto-régulées chez ce groupe présentant des séquelles neurologiques, même subtiles de TCCL, en raison d'atteintes diffuses des régions frontales-temporales, zones connues comme étant parmi les plus sensibles lors de traumatismes cranio-cérébraux, même légers. Les difficultés d'encodage en mémoire à long terme décrites précédemment sont également compatibles avec ces zones cérébrales particulièrement fragiles lors d'un traumatisme cranio-cérébral même léger (voir Bigler, 2008). Cette interaction pourrait, de plus, être compatible avec les plaintes de désinhibition comportementale plus importantes depuis l'événement rapporté par ce groupe et validée de façon indépendante par leur proche, ce qui n'est pas le cas du groupe ESPT.

5.2.3 Groupe TCCL

Ce groupe présente le moins de difficultés cognitives objectivées à l'évaluation neuropsychologique contrairement aux deux autres, bien qu'un ralentissement attentionnel significatif est tout de même constaté en contexte d'attention divisée et dans certaines conditions de base de l'épreuve d'inhibition attentionnelle (condition couleur du Stroop), en dépit de l'absence de toute condition psychologique cliniquement significative chez ce

groupe. Rappelons également que ce groupe ne rapportait pas comme problème aussi dominant que le groupe ESPT le fait d'être devenu sensible aux distracteurs après l'événement. Si ce groupe rapporte éprouver, comme les deux autres groupes cliniques, des problèmes d'organisation au quotidien et d'apathie depuis l'événement, la perception des proches ne semble pas corroborer la leur. Une explication possible pourrait se trouver dans le fait que le groupe TCCL a reçu des interventions de réadaptation avant l'évaluation qui ont pu outiller cette clientèle de moyens efficaces pour diminuer l'impact de ces difficultés au quotidien, les rendant par conséquent « moins visibles » aux yeux de leur proche, ce qui peut ne pas être le cas pour les proches des participants ESPT n'ayant pas bénéficié de ces interventions.

5.3 Forces et limites méthodologiques des études

Au niveau des forces des études dans leur ensemble, il faut souligner le souci de rigueur dans le contrôle des facteurs de comorbidités et d'antécédents tant médicaux que psychologiques chez les groupes cliniques, qui visaient à pallier à la critique principale adressée aux études antérieures sur le sujet. D'ailleurs, le nombre élevé de participants ESPT et TCCL exclus de nos études (de plus de 50%) confirme la forte présence de facteurs de comorbidités ou d'antécédents potentiellement contributifs chez ces populations qu'il est nécessaire de contrôler le plus possible afin d'éviter une contamination des résultats par des facteurs confondus aux séquelles d'ESPT et de TCCL.

Deuxièmement, le fait d'avoir établi le diagnostic d'ESPT, ainsi que la présence d'autres conditions psychologiques secondaires à partir d'entrevues psychologique structurées, constitue également une autre qualité au niveau de la rigueur méthodologique des études. Le fait que le diagnostic TCCL ait été déterminé à partir des dossiers médicaux, plutôt qu'à partir de questions rétrospectives posées aux participants, représente également une amélioration par rapport à certaines études antérieures. Finalement, le choix d'une batterie d'épreuves neuropsychologiques couvrant la plupart des sphères cognitives et ce, en ayant recours à plus d'un test neuropsychologique permet de dresser un portrait cognitif plus large qu'à partir d'une ou deux épreuves, pouvant ne pas permettre de saisir de façon plus globale le fonctionnement cognitif selon différents contextes d'évaluation.

Au niveau de certaines limites inhérentes de la présente recherche, mentionnons le nombre et la complexité des interactions possibles des variables en jeu, joint à l'absence de validation de certains questionnaires auprès des populations à l'étude, qui ordonnent une réserve et prudence dans l'interprétation des résultats obtenus. De plus, le manque de puissance statistique occasionné par le nombre de données trop restreint, notamment chez le groupe avec double diagnostic ($n = 6$), a sans doute contribué à l'obtention de résultats non significatifs dans plusieurs des analyses statistiques. Ainsi l'absence de corrélation significative entre les mesures de symptômes cliniques et les résultats aux épreuves neuropsychologiques a pu être la conséquence d'un échantillon trop restreint au niveau des analyses corrélationnelles. Par conséquent, l'établissement d'associations plus spécifiques entre certaines variables psychologiques à l'étude et certains résultats obtenus aux tests cognitifs demeure non concluant pour le moment malgré certaines hypothèses avancées. Finalement, les résultats de la recherche ne peuvent être généralisés à l'ensemble des individus ayant subi un TCCL et/ou un ESPT puisque les participants faisant partie des échantillons ont été référés par des milieux cliniques et la plupart étaient à la recherche de traitements ou en avaient reçus dans le passé.

5.4 Apport des résultats obtenus

5.4.1 Au plan théorique

Malgré les lacunes et réserves précédentes, quant à la généralisation des résultats, on peut souligner néanmoins la contribution originale des études en ce qui a trait à la caractérisation des plaintes et difficultés des groupes cliniques à l'étude. En effet, la caractérisation comportementale des groupes avec ESPT à partir d'échelles d'auto-évaluation de comportements frontaux a permis de mettre à jour la présence de comportements plus désinhibés, désorganisés et apathiques rapportés par ces mêmes groupes et leurs proches. De plus, aucune étude à ce jour n'avait mise en évidence certaines spécificités qualitatives au niveau des processus attentionnels chez les groupes ESPT, telles que la tendance à auto-corriger davantage des réponses en contexte où l'attention est distraite par des stimuli non pertinents. Les résultats clarifient également les données de la littérature suggérant des problèmes d'apprentissage chez les victimes d'ESPT. En effet, les difficultés relevées dans

plusieurs études antérieures semblent davantage pouvoir s'expliquer, à la lumière des données de la présente étude, par des facteurs confondus à l'ESPT puisque le groupe ESPT dont les antécédents ont été contrôlés dans le présent échantillonnage a obtenu des résultats normaux à une épreuve d'apprentissage verbale en mémoire à long terme, malgré la sévérité des symptômes psychologiques documentée.

Toujours au plan théorique, nos résultats vont dans le même sens que la critique formulée par Harvey, Brewin, Jones et Kopelman (2003), à l'effet que les critères diagnostics de l'ESPT tels que formulés dans le DSM n'offrent pas une fenêtre suffisamment large pour y inclure certaines populations cliniques, telles que celles présentant un TCCL, dont les manifestations tant émotionnelles, comportementales que cognitives peuvent varier selon la présence d'un ESPT ou d'une comorbidité concomitante secondaire. Les résultats confirment la nécessité d'une certaine réserve en regard de l'interprétation de données neuropsychologiques ou des plaintes chez ces groupes lorsque la comorbidité ou les antécédents n'ont pas été suffisamment contrôlés.

Finalement, les résultats suggèrent certaines consistances étonnantes entre la nature des plaintes des participants au quotidien et les données neuropsychologiques objectives, ce qu'une seule étude a tenté de démontrer à ce jour (Stulemeijer & al., 2007), mais à partir de quelques épreuves attentionnelles seulement et chez des groupes dont l'ESPT était diagnostiqué à partir d'un questionnaire auto-rapporté de symptômes post-traumatiques.

5.4.2 Au plan du diagnostic

Au niveau de la démarche diagnostique, les données confirmant le risque de confondre certains symptômes d'ESPT avec les SPC du TCC et inversement, montrent l'importance de procéder à l'évaluation de l'ESPT par le biais des méthodes d'entrevues structurées (tels que le CAPS ou le SCID) plutôt qu'en ayant recours aux seuls questionnaires auto-rapportés, telle que l'échelle d'impact de l'événement (IES) ou l'Échelle modifiée de symptômes traumatiques (ÉMST) qui peuvent « camoufler » des symptômes de TCCL. Elles montrent également l'importance de prendre le temps d'évaluer les conditions associées ou antécédentes à l'ESPT ou au TCCL afin de bien cerner les manifestations propres et

communes aux différentes conditions selon les contextes où ils apparaissent. Finalement, les résultats rappellent une fois plus, contrairement à l'opinion psychiatrique qui a prévalu jusqu'au milieu des années 90, que l'ESPT est une condition bel et bien existante et indépendante du TCCL (au-delà du partage de symptômes communs) dont les symptômes peuvent fluctuer aussi bien en nature qu'en intensité selon le contexte.

5.4.3 Au plan du traitement

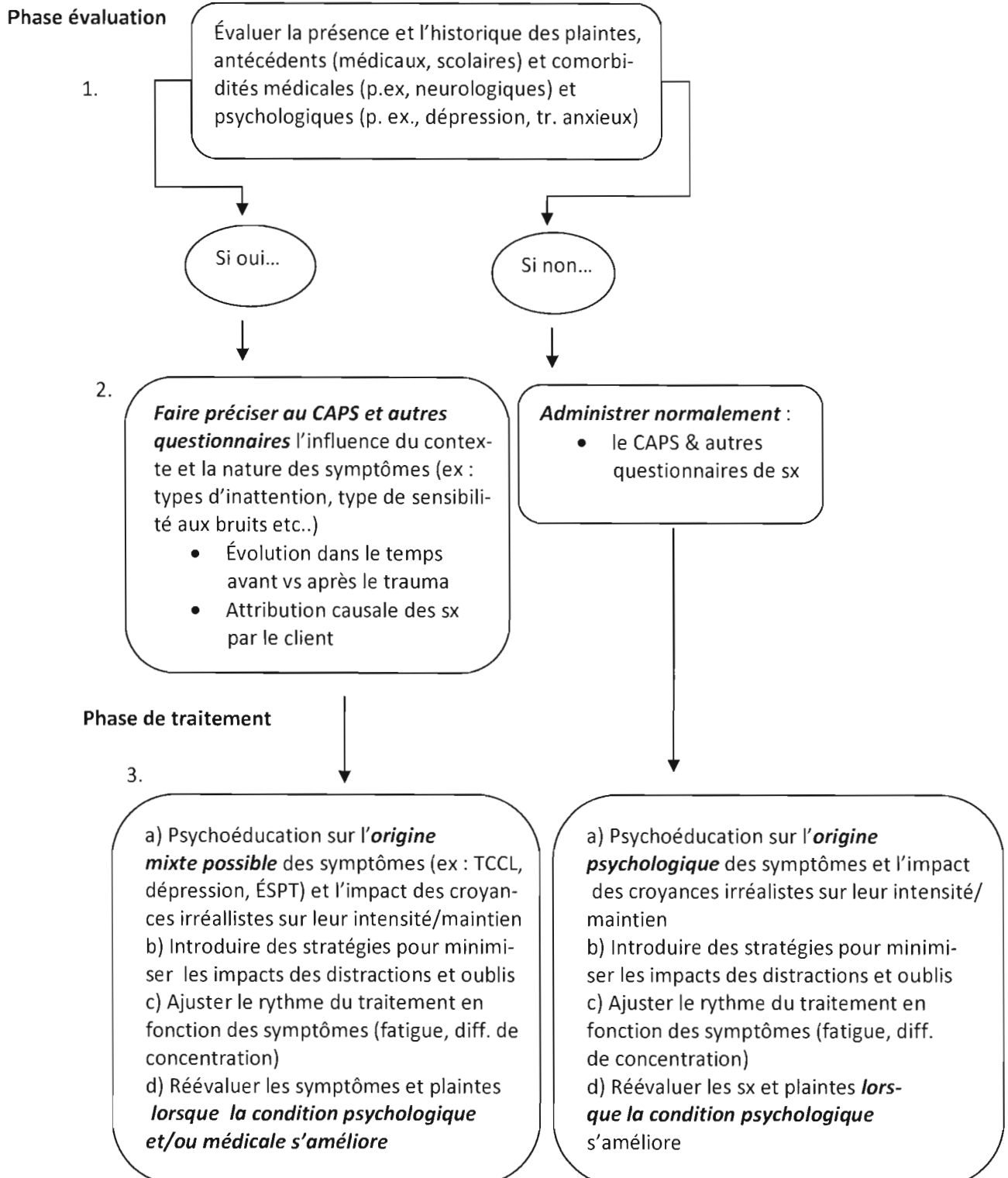
Au niveau des interventions thérapeutiques, les résultats favorisent une approche clinique à visées plus larges et plus souples que le seul traitement des symptômes d'ESPT, en présence d'une ou plusieurs conditions médicales ou cliniques concomitantes. Cette perspective inclut, par exemple, la nécessité, de considérer, au-delà des apparences sémiologiques, la possibilité d'une origine mixte potentielle des difficultés comportementales et cognitives rapportées par la personne au moment de l'évaluation.

Deuxièmement, une approche d'intervention prônant la « contextualisation des symptômes » tant au moment de l'évaluation qu'au cours du traitement, est suggérée par les résultats dans la mesure où certains symptômes peuvent évoluer différemment selon l'étiologie ESPT ou TCCL sous-jacente. Il en est ainsi de certaines difficultés cognitives, telles que les difficultés de concentration et de mémoire. Des interventions spécifiques visant à diminuer l'impact de certaines difficultés plus spécifiques rapportées, telles que les difficultés à intégrer l'information lue chez les personnes avec ESPT et les difficultés à se souvenir de rendez-vous chez celles présentant un double diagnostics, permettent de mieux adapter le traitement selon les populations cliniques. L'approche de contextualisation des symptômes pourrait inclure, par exemple, des interventions visant à outiller le client dès le début des interventions thérapeutiques de type cognitivo-comportementale en intégrant au préalable des moyens ou stratégies à utiliser pour mieux « assimiler » ou « retenir » les informations transmises en thérapie ou lors de devoirs que doit faire le client entre les séances (ex : des lectures à faire). On s'assure ainsi que les informations sont intégrées selon la capacité cognitive du client, compte tenu de la difficulté rapportée par la quasi-totalité de l'échantillon ESPT (avec comorbidité psychologique importante, cependant) à demeurer concentrée lors de la lecture d'informations écrites. Ce type d'intervention favorise

évidemment le respect du rythme du client tant au niveau de la quantité que de la densité des informations transmises en contexte d'approche cognitivo-comportementale, par exemple, où la psychoéducation occupe une place importante. Un rythme d'intervention adapté selon la fatigue ou d'autres symptômes physiques (p. ex., présence d'acouphènes, de maux de tête, d'insomnie ou douleurs chroniques) favoriserait probablement, selon cette approche, une meilleure adhésion au traitement. Il pourrait, par exemple, diminuer certains sentiments de culpabilité fréquemment rapportés par le client en raison des exercices non réalisés entre les séances de thérapie, que le clinicien peut interpréter comme un manque de collaboration ou d'implication dans le traitement alors que le client pouvait être trop fatigué incapable de se concentrer en raison de symptômes intenses pour faire les lectures et être mal à l'aise de le dire. Il existe en effet toute une littérature sur les impacts négatifs de certaines conditions comorbides sur le fonctionnement cognitif, telles la dépression, la douleur chronique et la fatigue par exemple. Ces facteurs méritent, à notre avis, d'être considérés et discutés ouvertement avec le client afin que celui-ci puisse avoir une perception juste et réaliste de l'origine possible (et multiple) de certains des symptômes et donc de leur évolution respective au plan pronostique.

Troisièmement, une réévaluation des plaintes ou des troubles neuropsychologiques comme mesure de progrès en cours et à la fin du traitement pourra encourager le client et le rassurer quant à la crainte exprimée au départ « d'avoir l'impression de perdre ses facultés mentales » avant le début de la thérapie. Un exemple de cette démarche d'analyse et de prise en charge des plaintes avant et pendant le traitement est illustré par l'arbre décisionnel suivant schématisant par étape une façon de contextualiser les conditions médicales ou psychologiques concomitantes à l'ESPT de l'évaluation jusqu'à la fin du traitement.

Exemple de démarche de contextualisation des symptômes de trauma lors de l'évaluation initiale et du traitement



5.4.4 Illustration de la démarche par un cas fictif

Un client S.J., électricien de profession, se présente à la clinique pour y recevoir des traitements psychologiques concernant des symptômes de stress post-traumatique apparus suite à une explosion au travail dans les semaines précédentes, alors qu'il installait un transformateur électrique dans un poteau. Depuis l'événement, le client se plaint de difficultés de sommeil avec réveils fréquents la nuit, de maux de tête, d'anxiété en contexte où il doit manipuler des objets électriques chez lui. Il explique que l'événement est constamment rappelé à sa mémoire et qu'il cherche à comprendre comment l'accident a pu se produire. Il rapporte être devenu irritable avec sa famille et intolérant à tout bruit dans la maison. Un bruit apparenté à celui du transformateur électrique lui envahit la tête quotidiennement et lui rappelle le souvenir de l'explosion. Les examens médicaux auraient conclu à un acouphène incurable. Il ajoute ne plus s'intéresser aux activités qu'il aimait auparavant, telle la lecture, les sorties au cinéma et au théâtre, car ces activités augmentent les maux de tête et son irritabilité. Il rapporte avoir également des problèmes de mémoire et distractions au quotidien qui l'amènent à éviter ses obligations habituelles liées à la gestion de la maison. Il se dit découragé par sa situation pour laquelle il ne perçoit aucune issue en raison d'une aggravation des symptômes de semaine en semaine.

1. Phase d'évaluation des symptômes et de leur histoire

a) Historique des circonstances d'apparition des plaintes comportementales et cognitives

Selon l'approche proposée, une enquête plus poussée du contexte de l'événement permettra dans un premier temps de déterminer si le client a pu faire une chute suite à l'explosion, de préciser la hauteur de cette chute, s'il y a eu perte de conscience et en préciser la durée. On pourra ainsi demander au client de rapporter ses souvenirs de l'événement : Sont-ils fragmentés ou continus? Se souvient-il s'il a été hospitalisé et quels ont été les diagnostics posés par les médecins? Y a-t-il eu interventions chirurgicales suite aux blessures et ont-elles nécessité une anesthésie générale? Étant donné la récence de l'événement et la possibilité de blessures physique et neurologique, l'enquête sur les circonstances péritraumatiques et médicales vécues par le client permettra d'obtenir des indices sur la

présence possible d'un traumatisme cranio-cérébral concomitant subi lors de l'événement traumatique. Cette première cueillette d'informations, qui demeurent à être confirmées par des rapports médicaux ultérieurement, permettra de prendre en considération la condition médicale associée aux symptômes d'ESPT rapportés et de départager ceux pouvant être attribuables à d'autres conditions apparentées au plan sémiologique. On pourra aussi rechercher des symptômes plus typiques de l'ESPT, tels que les cauchemars et qualifier la nature involontaire, spontanée et envahissante des pensées intrusives rapportées pour bien les distinguer de pensées ou préoccupations délibérées visant à vouloir reconstituer les circonstances de l'événement. Ces tentatives de « reconstruction du souvenir de l'événement » sont en effet fréquentes chez les personnes ayant subi une blessure physique ou neurologique lors d'un événement traumatique ayant entraîné une perte de conscience, par exemple.

b) Historique des antécédents médicaux et personnels de la personne

Dans un deuxième temps, on pourra enquêter sur les antécédents médicaux de la personne afin de déterminer si d'autres éléments de l'histoire médicale (p. ex., traumatisme cranio-cérébral antérieur, histoire de trouble d'apprentissage ou de troubles d'attention lors de la scolarisation, suivi médical actuel et raisons de ce suivi, médication) peuvent contribuer aux plaintes rapportées par le client, au-delà de celles potentiellement attribuables aux symptômes post-traumatiques. Par exemple, dans le cas du client fictif, il importe de savoir si les plaintes cognitives actuelles étaient déjà présentes avant le trauma et de quelle manière. Un suivi médical concernant des antécédents cardio-vasculaires ou de diabète, par exemple, chez Monsieur S.J. sont des conditions à documenter également puisqu'elles peuvent accentuer et interagir avec des plaintes cognitives ou de fatigue attribuées d'emblée aux conséquences du trauma psychologique.

c) Historique des facteurs de comorbidités secondaires associés aux symptômes de trauma

Étant donné la forte association entre les symptômes de trauma et certaines conditions psychologiques secondaires, telles que la dépression, les troubles anxieux et l'abus d'alcool, il importe d'évaluer également l'évolution temporelle de ces problématiques, le cas

échéant. Dans le cas de Monsieur S.J., par exemple, présente-t-il un problème d'abus d'alcool et si oui, depuis quand? On sait que les troubles cognitifs, l'irritabilité et les troubles de l'humeur peuvent être causés par des problèmes de consommation d'alcool ou de toxicomanie, par exemple, et peuvent s'ajouter ou interagir avec les mêmes difficultés que celles attribuées aux symptômes post-traumatiques.

2. *Administration d'entrevues structurées et questionnaires en enquêtant sur le contexte des symptômes.*

Cette démarche d'enquête sur les symptômes peut s'avérer plus coûteuse en termes de temps, mais être gagnante au long cours pour départager davantage les conditions d'apparition des symptômes de trauma des autres conditions associées et orienter, par la suite, le plan de traitement de manière plus efficace et ciblée. Par exemple, dans le cas de Monsieur S.J., la présence d'un acouphène rappelant un bruit d'explosion peut nécessiter une exploration plus précise des manifestations de cet acouphène : apparaît-il davantage lorsque le client est exposé à des situations, conversations ou déclencheurs de souvenirs du trauma ? Peut-il y porter attention ou évite-t-il de le faire par anxiété? Ce genre d'enquête pourra être riche en informations pour guider le clinicien sur la possibilité ou pertinence de définir des objectifs de désensibilisation par rapport à un symptôme d'allure physique, et diagnostiqué comme tel, mais dont le comportement apparent du client à son endroit peut agir comme facteur d'amplification ou de maintien au-delà de la contribution des symptômes d'ESPT. Il pourra, inversement, permettre aussi d'éviter de cibler comme objectif de traitement une diminution d'un « bruit d'explosion intrusif », qui s'avèrerait en fait être d'ordre sensoriel (ex : l'acouphène) plutôt qu'une « reviviscence » d'origine psychogène.

3. *Établissement du plan de traitement.*

a) *Discuter avec le client d'une origine mixte possible et d'interactions mutuelles entre les symptômes de trauma et les autres conditions documentées à l'évaluation*

Dans le cas de Monsieur S.J., si l'évaluation met en évidence la présence concomitante d'un traumatisme cranio-cérébral léger récent, accompagné d'un acouphène important, on pourra éduquer le client sur le fait que non seulement les symptômes de

trauma, mais également le traumatisme neurologique peuvent participer aux plaintes rapportées de troubles d'attention, de mémoire et d'irritabilité. On pourra alors lui suggérer de consulter en neurologie afin de confirmer ou infirmer la possibilité d'un TCC ayant pu survenir lors de l'événement traumatisant. L'acouphène pourra aussi être abordé dans le but de vérifier si le client a conscience de l'impact de ce bruit récurrent dans sa tête et s'il entraîne de l'anxiété ou de l'irritabilité pouvant également ajouter aux difficultés de concentration et d'intolérance aux bruits. Ces échanges pourront amener le client à développer une meilleure auto-observation de lui-même et de l'apparition des différents symptômes, soit par des cahiers d'auto-observation sur leur modulation quotidienne, soit en échangeant avec sa conjointe. Cette dernière constitue un témoin privilégié pouvant être impliqué dans le traitement en plus de devenir elle-même, en retour, mieux informé des symptômes de son conjoint. On peut également sensibiliser le client aux effets de la fatigue, comme cause et conséquence possible participant à la modulation des symptômes cognitifs et comportementaux et profiter de l'occasion pour discuter des habitudes de vie pouvant y contribuer (ex; hygiène du sommeil, consommation d'alcool, sédentarité et alimentation).

b) Enseignement de moyens compensatoires pour faciliter l'intégration de l'information en mémoire durant le traitement

Afin de faciliter l'intégration des informations transmises au cours du traitement et d'aider le client ESPT à compléter les exercices demandés, on pourra limiter l'impact des inattentions et oublis en introduisant des stratégies compensatoires, et ce, avant même de débiter la psychoéducation thérapeutique. On pourra évoquer avec le client les moyens qu'il utilise déjà pour se rappeler des informations dans son quotidien (ex : structurer les obligations dans le temps en utilisant un agenda, un calendrier, ou des rappels par mémo). On pourra enseigner certaines stratégies de lecture de base qui réduisent la charge d'informations à intégrer en la répartissant sur plusieurs moments, ou encore en encourageant le surlignage ou les annotations dans les marges pour aider le client à se souvenir de l'essentiel, compte tenu des difficultés de concentration rapportées en lecture par la majorité des victimes d'ESPT de notre étude, par exemple. Des hypothèses explicatives concernant les difficultés attentionnelles rapportées par le client pourront être évoquées afin de dédramatiser les craintes associées sur « l'état de leur cerveau » dont ils peuvent fréquemment s'inquiéter vu

les changements cognitifs qu'ils constatent depuis le trauma. On pourra, par exemple, expliquer leur nature temporaire (si d'autres conditions neurologiques ou médicales n'ont pas été documentées) et utiliser une analogie imagée illustrant que leur « cerveau est occupé ailleurs », à traiter le trauma et donc qu'ils devront être tolérants et patients avant de recouvrer leur fonctionnement attentionnel antérieur. Ils pourront être avertis de se montrer plus attentifs, surtout à l'extérieur de la maison, en raison de l'hypervigilance générée par l'anxiété et leur sensibilité plus grande aux distracteurs. On pourra encourager la tenue d'un journal d'auto-observation des oublis quotidiens durant le traitement afin de démontrer que les oublis peuvent être surestimés subjectivement (technique de restructuration cognitive) et trouver des solutions concrètes à des oublis récurrents dans certains contextes.

5.5 Utilité des résultats dans la pratique clinique

5.5.1 Du point de vue du clinicien en trauma psychologique

L'approche préconisée, brièvement illustrée précédemment, vise à sensibiliser les intervenants en psycho-traumatologie à d'autres problématiques associées au trauma psychologique, tel que les blessures physiques et neurologiques, et sur l'impact de ces facteurs et des antécédents sur les plaintes cognitives et comportementales rapportées par leur clientèle présentant un ESPT. Ces blessures sont souvent négligées en raison de l'accent souvent exclusif porté aux symptômes de trauma psychologique (Knight et Taft, 2004). Elle prône une pratique qui questionne davantage les facteurs de comorbidité afin d'en tenir compte dans le traitement, soit au moment de cibler des objectifs de traitement selon les plaintes, soit au moment de se prononcer sur le pronostic de récupération de certaines plaintes pouvant être d'origine neurologique ou autre. Finalement, elle préconise d'impliquer les proches, non seulement comme témoin important du vécu quotidien du client, mais également comme personne aidante dans le soutien à la victime pour faciliter l'ajustement familial et conjugal.

5.5.2 Du point de vue du clinicien en neuro-traumatologie

Pour les neuropsychologues, cette approche vise également à sensibiliser au fait que le trauma psychologique peut interagir avec les difficultés cognitives d'origine neurologique, et amplifier ainsi la symptomatologie. L'approche préconise également l'utilisation d'entrevues psychologiques structurées pour diagnostiquer l'ESPT et de compléter ces entrevues par des questionnements plus précis permettant de remettre en contexte les manifestations des symptômes d'ESPT et de TCCL (comme dans l'exemple du schéma précédent). Il est également pertinent de réévaluer les troubles neuropsychologiques après le traitement de l'ESPT pour vérifier la persistance ou non de séquelles résiduelles en cas de TCCL concomitant, par exemple.

Enfin, l'approche d'enquête et d'analyse contextuelle des symptômes d'ESPT vise à rappeler que cette condition peut coexister avec d'autres conditions (neurologiques, médicales ou psychologiques) sans s'y substituer complètement, et qu'on doit absolument tenter, au départ, de distinguer le plus possible les manifestations de symptômes apparentés ou confondus en ayant recours à toutes sources de données indépendantes, que ce soit le dossier médical, les observations des proches de la victime ou les situations de la vie réelle susceptible de moduler l'intensité des plaintes et symptômes.

CHAPITRE VI

CONCLUSION GÉNÉRALE

En conclusion, cette étude souligne l'importance de poursuivre l'objectif de caractérisation plus spécifique des symptômes d'ESPT par rapport à d'autres conditions partageant des similarités au plan sémiologique. Cet objectif permettrait de mieux comprendre les symptômes propres et communs entre ces conditions et ainsi offrir un traitement plus ciblé et personnalisé considérant l'hétérogénéité importante des symptômes retrouvée chez les populations ESPT et TCCL. Il permettrait également d'apprécier l'évolution de la symptomatologie au plan temporel selon le délai post-trauma.

Deuxièmement, l'étude met en évidence la complexité des facteurs en jeu et la nécessité de constituer des groupes assez nombreux permettant d'obtenir des niveaux de puissance statistique suffisants pour observer des associations entre certaines variables psychologiques et neuropsychologiques.

Finalement, ce travail de recherche illustre le défi de taille que représente l'étude des séquelles cognitives et comportementales de l'ESPT et du TCCL dans une optique de caractérisation des difficultés propres à chacun des groupes, notamment en raison de la nécessité d'intégrer deux domaines où la littérature est vaste et foisonnante ces dernières années. Le défi tient également en l'absence de cadre interdisciplinaire pour aborder ces problématiques complexes et multidimensionnelles qui peuvent cohabiter simultanément chez un même client. Par conséquent, le présent travail de recherche se veut un premier pas modeste vers ce type d'approche interdisciplinaire qui continuera, nous l'espérons, de se développer, à l'avenir. Des phénomènes cliniques aussi complexes méritent d'être abordés de manière interdisciplinaire pour une meilleure compréhension tant au plan théorique que clinique. Il en va d'une approche d'intervention à la fois plus large et ciblée permettant de mieux comprendre et traiter ces populations souffrantes, trop souvent perplexes et en détresse face à leurs symptômes incompris par eux-mêmes et par leur entourage.

APPENDICE A
FORMULAIRES DE CONSENTEMENT

**TITRE: ÉTUDE SUR LES DIFFICULTÉS ÉPROUVÉES PAR LES
PERSONNES AYANT SUBI UN TRAUMATISME CRANIO-CÉRÉBRAL**

(Formulaire de consentement des participants-es accidenté-es)

Siège social
Centre de réadaptation
Lucie-Bruneau

Centre de réadaptation
Constance-Lethbridge

Hôpital juif de réadaptation

Institut Nazareth
et Louis-Braille

Institut Raymond-Dewar

Institut de réadaptation
de Montréal

CHERCHEURE PRINCIPALE, NOM ET COORDONNÉES:

Hélène Pineau, M.Sc., neuropsychologue

Programme TCC, Centre de Réadaptation Lucie-Bruneau

2275 Laurier Est, Montréal (Québec), H1H 2N8

Tél: 527-4527 poste 2292

COURRIEL: hpino@hotmail.com

COLLABORATEURS-TRICE:

André Marchand, Ph.D., Dir. du Labo. d'Études du Trauma (UQAM) et Co-directeur
du Centre d'Études du Trauma (CÉT) à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine (514-251-4000
poste 2510)

Lucie Godbout, Ph.D., Chercheure en neuropsychologie et professeure agrégée au
département de psychologie de l'UQTR

Stéphane Guay, Ph.D., Chercheur et Directeur du Centre d'Études du Trauma (CÉT) à
l'Hôpital Louis-H. Lafontaine

Marie-Julie Potvin et Geneviève Sénéchal, assistantes de recherche en
neuropsychologie engagées par le CÉT.

OBJECTIFS DU PROJET

Je comprends que:

Ce projet s'intègre dans une étude scientifique visant à mieux comprendre les effets du traumatisme crânio-cérébral sur mon fonctionnement cognitif (i.e., au niveau de mon attention, de ma mémoire, de mes capacités d'organisation au quotidien) et psychologique (ex: changements possibles au niveau de l'humeur et du comportement).

NATURE ET DURÉE DE MA PARTICIPATION

Les questions principales visées par cette étude consistent à documenter la présence ou non de difficultés cognitives et comportementales à l'aide d'une évaluation psychologique et neuropsychologique. Cette évaluation consiste à réaliser certains tests (ex: remplir des questionnaires, participer à des exercices de mémoire, etc.) mesurant des symptômes psychologiques et cognitifs (ex: tests d'attention, de mémoire, d'organisation et de résolution de problèmes).

Certaines informations socio-démographiques me seront demandées. Ces questions concerneront mon âge, mon sexe, mon niveau de scolarité, mon statut civil, mon emploi, mon état de santé et les circonstances entourant le début de mes symptômes.

Cette recherche implique généralement trois séances d'évaluation d'une durée maximale de deux heures à trois heures chacune durant lesquelles on me demandera de participer à l'évaluation de mon fonctionnement cognitif (comme l'attention et la mémoire) à l'aide de tests papier-crayon qui ressemblent à des exercices ou jeux intellectuels (ex: résoudre des problèmes, dessiner, reconnaître des objets sur des images). Le plus long des exercices dure une quarantaine de minutes et le plus court, quelques minutes seulement. Plusieurs exercices peuvent être réalisés au cours d'une seule séance.

On me demandera également de participer à une entrevue enregistrée de manière anonyme (i.e., un code sera attribué à l'enregistrement) portant sur différents symptômes que je pourrais présenter au plan psychologique. L'enregistrement de cette entrevue a pour but d'établir si l'entrevue menée par mon évaluatrice a permis de recueillir les informations pertinentes sur ma condition et de faire vérifier ces informations par un autre clinicien indépendant sans que jamais mon nom n'apparaisse au cours de l'entrevue ou sur la cassette d'enregistrement. Également, on me demandera de répondre à quatre questionnaires portant sur mon comportement et mes réactions, mes capacités de concentration au quotidien, des symptômes nouveaux apparus depuis l'accident et mon endurance générale. Un proche (conjoint, membre de la famille ou ami) qui me côtoie au quotidien pourra également remplir un de ces questionnaires si je l'autorise afin de permettre de recueillir la perception d'un membre de l'entourage sur les changements perçus dans mon comportement général depuis l'accident. Le proche pourra choisir de retourner le questionnaire rempli de manière anonyme (avec seulement un code pour l'identifier) par la poste à la responsable de l'étude, Madame Hélène Pineau, ou choisir de me le remettre en personne dans une enveloppe cachetée pour que je le transmette à l'évaluatrice une fois rempli. J'ai été informé-e que certaines séances pourront être complétées soit par Madame Pineau, neuropsychologue au Centre de réadaptation Lucie-Bruneau et coordonnatrice de l'étude, alors que d'autres séances seront réalisées soit par Mesdames Marie-Julie Potvin ou Geneviève Sénéchal, assistantes de recherche. Les évaluations se dérouleront soit au Centre Lucie-Bruneau, soit à un autre Centre ou établissement de santé participant ou référant pour l'étude (i.e., soit le Centre d'Étude du Trauma ou un centre de réadaptation membre du Centre de Recherche Interdisciplinaire en Réadaptation (CRIR)).

RISQUES ET INCONVÉNIENTS PERSONNELS POUVANT DÉCOULER DE MA PARTICIPATION

Il n'y a aucun risque associé à la participation à l'étude. Je ne ressentirai aucune douleur physique due à l'administration de ces tests et questionnaires mais il y aurait possibilité que j'éprouve un certain inconfort psychologique ou physique (ex: maux de

tête) due à la fatigue mentale (découlant de l'effort de concentration). Pour cette raison, il est prévu une pause de 10 minutes à la mi-temps de chacune des rencontres pour me permettre de me reposer.

De plus, je dois m'attendre à ce que régulièrement au cours des séances, l'évaluatrice me demande si je suis fatigué-e ou si j'éprouve des symptômes qui m'incommodent afin d'évaluer si je suis en état de poursuivre l'évaluation. Si des symptômes m'incommodaient au point de nuire à mon bien-être physique et mental, on me proposera de suspendre l'évaluation pour la poursuivre à un autre moment, selon mes disponibilités. Si des douleurs orthopédiques m'incommodaient, je pourrais me lever en tout temps pour m'étirer ou marcher un peu si cela est nécessaire à mon bien-être.

Parmi les autres symptômes que je pourrais ressentir, il est également possible qu'en répondant à certains questionnaires, je puisse revivre certains souvenirs ou émotions douloureuses rappelant certains événements difficiles en lien avec mon accident. Si cela se produisait durant l'évaluation, l'évaluatrice interrompra momentanément l'évaluation pour s'enquérir de mon état émotionnel et physique et vérifier si je peux poursuivre l'évaluation. Si j'ai besoin d'un moment d'arrêt, j'aurai tout le loisir de me lever, d'aller à la salle de bains ou de prendre une pause pour me ressaisir émotionnellement et évaluer si je suis en mesure de poursuivre la séance. Au besoin, la séance pourra être reprise à un autre moment convenu avec l'évaluatrice.

AVANTAGES PERSONNELS POUVANT DÉCOULER DE MA PARTICIPATION

Il n'y a aucun avantage direct pour moi à participer à ce projet de recherche si ce n'est d'avoir contribué à augmenter nos connaissances dans le domaine de la traumatologie et mieux comprendre les besoins et inconvénients vécus par les personnes accidentées. En connaissant mieux l'impact des séquelles d'un accident sur le fonctionnement cognitif et psychologique, il sera possible d'offrir des interventions plus adéquates et adaptées aux besoins des individus ayant subi un traumatisme crânio-cérébral.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT

Ma participation à cette recherche est volontaire. Je suis libre d'accepter ou de refuser de répondre aux entrevues et aux questionnaires ou de cesser d'y répondre en tout temps en faisant connaître ma décision aux chercheurs. Les responsables de la recherche peuvent interrompre, sans mon consentement, ma participation à l'étude s'ils estiment que mon état physique ou psychologique pourrait s'aggraver par ma participation à la recherche. Au besoin, on me réfèrera au personnel médical du Centre de réadaptation si mon état nécessitait des soins d'urgence.

Dans l'éventualité où je devais retirer ou interrompre ma participation à la recherche,

j'accepte ☐ ou je refuse ☐ (cocher selon l'option choisie)

Que les résultats cumulés depuis le début jusqu'au retrait de ma participation soient conservés pour les analyses ultérieures. On m'a informé que ces résultats seront conservés pendant les cinq années suivant la publication de la recherche, après quoi, ils seront détruits.

ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL ET AUX DONNÉES BRUTES OBTENUES AUX TESTS ET QUESTIONNAIRES

A. ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL

J'autorise Madame Hélène Pineau, neuropsychologue et coordonnatrice de ce projet ainsi que Mesdames Marie-Julie Potvin ou Geneviève Sénéchal, assistantes de recherche, à me questionner au besoin sur mon fonctionnement psychologique, cognitif et sur ma condition médicale. J'autorise également Madame Pineau à consulter mon dossier médical aux archives du Centre de réadaptation afin d'établir si les données médicales me rendent éligible à participer à la recherche. Les éléments de mon dossier ou de mon

histoire personnelle pouvant avoir un impact potentiel sont les suivants: histoire de difficultés scolaires, de violence dans l'enfance, antécédents d'alcoolisme ou de toxicomanie, consommation de médicaments au moment de la participation à l'étude, antécédents de traumatisme cranio-cérébral ou de coup significatif à la tête, présence d'un trouble neurologique, présence d'anesthésie générale au cours des derniers six mois, impossibilité d'être évalué en langue française et finalement présence d'idées suicidaires ou d'une maladie grave qui pourrait occasionner un risque ou une contre-indication de participation à l'étude.

B. DONNÉES BRUTES

Je pourrai, si je le désire, autoriser par écrit que les données brutes issues des évaluations aux tests neuropsychologiques et questionnaires psychologiques soient transmis au seul psychologue responsable de mon dossier et du suivi psychologique soit au Programme TCC du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau (soit dans un établissement de réadaptation membre du Centre de Recherche Interdisciplinaire en Réadaptation - CRIR). Cette mesure pourra permettre que les mêmes tests et questionnaires ne soient pas ré-administrés à l'aveugle par le psychologue traitant dans des délais ou conditions qui pourraient en invalider leurs résultats lors d'une seconde administration éventuelle. Elle pourrait également permettre d'être un point de comparaison de l'évolution de ma condition cognitive et psychologique lors d'une réévaluation neuropsychologique ultérieure par le psychologue traitant, ce qui pourrait contribuer à mieux apprécier mes progrès au cours de ma réadaptation et à mieux cibler les interventions à venir. Je demeure toutefois entièrement libre de consentir ou non à cette transmission de mes résultats au psychologue de mon choix. Aucune autre personne en-dehors de ce psychologue et des chercheurs impliqués dans l'étude n'auront accès à ces données me concernant.

CONFIDENTIALITÉ

J'accepte que l'entrevue portant sur des symptômes psychologiques soit enregistrée sur bande audio (pour les raisons déjà décrites à la section NATURE ET DURÉE DE MA PARTICIPATION) et seul les chercheurs impliqués dans l'étude auront accès à cet enregistrement. Rappelons que l'objectif de cet enregistrement, identifié par un code et demeurant donc anonyme, est de permettre aux responsables de l'étude d'évaluer de façon indépendante la cotation de l'entrevue menée par l'évaluatrice que j'aurai rencontrée. Cet enregistrement dénominalisé (i.e., identifié par un code) sera conservé pendant 5 ans après la publication de la recherche.

J'ai été informé-e que tous les résultats aux questionnaires et aux tests d'évaluation neuropsychologique, ainsi que les données issues de mon dossier médical seront traitées de manière strictement confidentielle et codifiée par numéro. Seulement les membres de l'équipe de recherche auront accès aux résultats et ce, de manière confidentielle. Ces résultats seront conservés sous clé dans un local du programme TCC du Centre Lucie-Bruneau. Toute information obtenue au cours de cette étude sera traitée de façon strictement confidentielle avec un système de codes numériques; ainsi, mon identité ne sera révélée ni n'apparaîtra dans une publication scientifique. Les données brutes seront conservées pendant 5 ans après la publication de la recherche.

PERSONNES RESSOURCES

Pour toute question sur mes droits comme participant-e à une recherche scientifique ou pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule ma participation à ce projet, je peux contacter Madame Anik Nolet, coordonnatrice à l'éthique de la recherche des établissements du Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation (CRIR) au 514-527-4527 poste 2649 ou anolet.crir@ssss.gouv.qc.ca.

CLAUDE DE RESPONSABILITÉ

En acceptant de participer à cette étude, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne libère les chercheurs ou les institutions impliquées de leurs obligations légales et professionnelles.

CONSENTEMENT À PARTICIPER À L'ÉTUDE

Je déclare avoir lu et compris le présent projet, la nature et l'ampleur de ma participation, ainsi que les conditions auxquelles je m'expose telles que présentées dans le présent formulaire. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses à ma satisfaction.

Je, soussigné-e, _____ accepte volontairement de participer à cette étude. Je peux me retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte. Le fait de participer ou non à cette étude n'influencera d'aucune façon l'accès ou la nature des services de réadaptation qui me seront prodigués dans le cadre de mon programme de réadaptation au Centre de réadaptation Lucie-Bruneau (ou dans tout autre centre de réadaptation participant et membre du Centre de Recherche Interdisciplinaire en Réadaptation). Il s'agit d'une étude menée en-dehors du contexte de mes soins de réadaptation.

Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision et je sais qu'une copie de ce formulaire figurera dans mon dossier médical.

Une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement doit m'être remise.

Nom du participant:

Signature:

Date: _____

De plus, j'accepte qu'une entrevue soit enregistrée sur bande audio selon les conditions énumérées ci-avant.

Nom du participant:

Signature:

Date: _____

Par ailleurs, j'accepte que Madame Hélène Pineau, neuropsychologue et responsable de l'étude, ait accès à mon dossier médical selon les conditions énumérées ci-haut afin de juger si je réponds aux critères d'admissibilité de l'étude. J'accepte également que Mesdames Pineau, Potvin ou Sénéchal, me posent des questions sur ma santé et mes antécédents lors des rencontres d'évaluation.

Nom du participant:

Signature:

Date: _____

ENGAGEMENT DU CHERCHEUR ET DE L'ASSISTANTE DE RECHERCHE

Je, soussigné-e, _____ certifie:

- a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire;
- b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard;
- c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus;

d) que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire.

Signature du responsable du projet ou de son représentant

Fait à _____, le _____ 20__.

**TITRE: ÉTUDE SUR LES DIFFICULTÉS ÉPROUVÉES PAR LES
PERSONNES AYANT SUBI UN TRAUMATISME CRANIO-CÉRÉBRAL**

(Formulaire de consentement pour le groupe témoin)

Siège social
Centre de réadaptation
Lucie-Bruneau

Centre de réadaptation
Constance-Lethbridge

Hôpital juif de réadaptation

Institut Nazareth
et Louis-Braille

Institut Raymond-Dewar

Institut de réadaptation
de Montréal

CHERCHEURE PRINCIPALE, NOM ET COORDONNÉES:

Hélène Pineau, M.Sc., neuropsychologue
Programme TCC, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau
2275 Laurier Est, Montréal (Québec) H1H 2N8
Tél: 527-4527 poste 2292

COURRIEL: hpino@hotmail.com

COLLABORATEURS-TRICE:

André Marchand, Ph.D., Dir. du Labo. d'Études du Trauma (UQAM) et Co-directeur
du Centre d'Études du Trauma (CÉT) à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine (514-251-4000
poste 2510).

Lucie Godbout, Ph.D., Chercheure en neuropsychologie et professeure agrégée au
département de psychologie de l'UQTR.

Stéphane Guay, Ph.D., Chercheur et Directeur du Centre d'Études du Trauma (CÉT) à
l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.

Marie-Julie Potvin et Geneviève Sénéchal, assistantes de recherche en
neuropsychologie engagées par le CÉT.

2275
avenue
Laurier E.
Montréal
(Québec)
H2H 2N8
Canada
T (514) 527-4527
F (514) 527-0979

OBJECTIFS DU PROJET

Je comprends que:

Ce projet s'intègre dans une étude scientifique visant à mieux comprendre les effets du traumatisme crânio-cérébral sur le fonctionnement cognitif (l'attention, la mémoire, les capacités d'organisation au quotidien) et psychologique (ex: humeur et comportement).

NATURE ET DURÉE DE MA PARTICIPATION

Les questions principales visées par cette étude consistent à documenter les difficultés cognitives et comportementales chez des personnes ayant subi un traumatisme crânio-cérébral à l'aide d'une évaluation psychologique et neuropsychologique. Cette évaluation consiste à réaliser certains tests (ex: remplir des questionnaires, participer à des exercices de mémoire, etc.) mesurant des symptômes psychologiques et cognitifs (ex: tests d'attention, de mémoire, d'organisation et de résolution de problèmes). Les données recueillies grâce à ma participation serviront de base de comparaison aux données recueillies auprès des personnes accidentées.

Certaines informations socio-démographiques me seront demandées. Ces questions concerneront mon âge, mon sexe, mon niveau de scolarité, mon statut civil, mon emploi et l'histoire de mon état de santé physique et mental à venir jusqu'à aujourd'hui pour savoir si je suis éligible à participer à la recherche.

Cette recherche implique généralement trois séances d'évaluation d'une durée maximale de deux heures à trois heures chacune durant lesquelles on me demandera de participer à l'évaluation de mon fonctionnement cognitif (comme l'attention et la mémoire) à l'aide de tests papier-crayon qui ressemblent à des exercices ou jeux intellectuels (ex: résoudre des problèmes, dessiner, reconnaître des objets sur des images). Le plus long des exercices dure une quarantaine de minutes et le plus court, quelques minutes seulement. Plusieurs exercices peuvent être réalisés au cours d'une seule séance.

On me demandera également de remplir quatre questionnaires qui porteront sur mon comportement, mes capacités de concentration au quotidien et mon endurance générale. Un proche (conjoint, membre de la famille ou ami) qui me côtoie au quotidien pourra également remplir un de ces questionnaires si je l'autorise afin de permettre de recueillir la perception d'un membre de l'entourage sur mon comportement quotidien. Le proche pourra choisir de retourner le questionnaire rempli de manière anonyme (avec seulement un code pour l'identifier) par la poste à la responsable de l'étude, Madame Hélène Pineau, ou choisir de me le remettre en personne dans une enveloppe cachetée pour que je le transmette à l'évaluatrice une fois rempli. J'ai été informé-e que certaines séances pourront être complétées soit par Madame Pineau, neuropsychologue au Centre de réadaptation Lucie-Bruneau et coordonnatrice de l'étude, alors que d'autres séances seront réalisées soit par Mesdames Marie-Julie Potvin ou Geneviève Sénéchal, assistantes de recherche. La troisième et dernière séance d'évaluation aura lieu environ de 5 à 6 mois après la seconde séance d'évaluation. Je m'engage donc à être disponible à ce moment pour compléter la dernière séance. Les évaluations se dérouleront soit au Centre Lucie-Bruneau, soit à un autre Centre ou établissement de santé participant ou référant pour l'étude (i.e., soit le Centre d'Étude du Trauma ou un centre de réadaptation membre du Centre de Recherche Interdisciplinaire en Réadaptation (CRIR)).

RISQUES ET INCONVÉNIENTS PERSONNELS POUVANT DÉCOULER DE MA PARTICIPATION

Il n'y a aucun risque associé à la participation à l'étude. Je ne ressentirai aucune douleur physique due à l'administration de ces tests et questionnaires mais il y a possibilité que j'éprouve un certain inconfort psychologique ou physique (ex: fatigue mentale) due à la fatigue mentale (découlant de l'effort de concentration). Pour cette raison, il est prévu une pause de 10 minutes à la mi-temps de chacune des rencontres pour me permettre de me reposer.

De plus, je dois m'attendre à ce que régulièrement au cours des séances, l'évaluatrice me demande si je suis fatigué-e ou si j'éprouve des symptômes qui m'incommodent afin d'évaluer si je suis en état de poursuivre l'évaluation. Si des symptômes m'incommodaient au point de nuire à mon bien-être physique et mental, on me proposera de suspendre l'évaluation pour la poursuivre à un autre moment, selon mes disponibilités.

AVANTAGES PERSONNELS POUVANT DÉCOULER DE MA PARTICIPATION

Il n'y a aucun avantage pour moi à participer à ce projet de recherche si ce n'est d'avoir contribué à augmenter nos connaissances dans le domaine de la traumatologie et de mieux comprendre les besoins et inconvénients vécus par les personnes accidentées. En connaissant mieux l'impact des séquelles d'un accident sur le fonctionnement cognitif et psychologique, il sera possible d'offrir des interventions plus adéquates et adaptées aux individus ayant subi un traumatisme cranio-cérébral.

COMPENSATION FINANCIÈRE

Je recevrai un montant de 15,00 \$ à la fin de chacune des séances complétées (pour un total de 45,00 \$) pour compenser mes frais de déplacement et mon temps de participation.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT

Ma participation à cette recherche est volontaire. Je suis libre d'accepter ou de refuser de répondre aux entrevues et aux questionnaires ou de cesser d'y répondre en tout temps en faisant connaître ma décision aux chercheurs.

Dans l'éventualité où je devais retirer ou interrompre ma participation à la recherche,

j'accepte ☐ ou je refuse ☐ (cocher selon l'option choisie)

Que les résultats cumulés depuis le début jusqu'au retrait de ma participation soient conservés pour les analyses ultérieures. On m'a informé que ces résultats seront conservés pendant les cinq années suivant la publication de la recherche, après quoi, ils seront détruits.

QUESTIONS PORTANT SUR MA CONDITION MÉDICALE

J'autorise Madame Hélène Pineau, neuropsychologue et coordonnatrice de ce projet ainsi que Mesdames Marie-Julie Potvin et Geneviève Sénéchal, assistantes de recherche, à me questionner au besoin sur mon fonctionnement psychologique, cognitif et sur ma condition médicale. Les éléments de mon dossier ou de mon histoire personnelle pouvant avoir un impact potentiel sont les suivants: histoire de difficultés scolaires, de violence dans l'enfance, antécédents d'alcoolisme ou de toxicomanie, consommation de médicaments au moment de la participation à l'étude, antécédents de traumatisme cranio-cérébral ou de coup significatif à la tête, présence d'un trouble neurologique, présence d'anesthésie générale au cours des derniers six mois, impossibilité d'être évalué en langue française et finalement présence d'idées suicidaires ou d'une maladie grave qui pourrait occasionner un risque ou une contre-indication de participation à l'étude.

CONFIDENTIALITÉ

J'ai été informé-e que tous les résultats aux questionnaires et aux tests d'évaluation neuropsychologique, ainsi que les données issues de mon histoire médicale seront traitées de manière strictement confidentielle et codifiées par numéro. Seulement les membres de l'équipe de recherche auront accès aux résultats et ce, de manière confidentielle. Ces résultats seront conservés sous clé dans un local du programme TCC du Centre Lucie-Bruneau. Toute information obtenue au cours de cette étude sera traitée de façon strictement confidentielle avec un système de codes numériques; ainsi, mon identité ne sera révélée ni n'apparaîtra dans une publication scientifique. Les données brutes seront conservées pendant 5 ans après la publication de la recherche.

PERSONNES RESSOURCES

Pour toute question sur mes droits comme participant-e à une recherche scientifique ou pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule ma participation à ce projet, je peux contacter Madame Anik Nolet, coordonnatrice à l'éthique de la recherche des établissements du Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation (CRIR) au 514-527-4527 poste 2649 ou anolet.crir@ssss.gouv.qc.ca.

CLAUSE DE RESPONSABILITÉ

En acceptant de participer à cette étude, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne libère les chercheurs ou les institutions impliquées de leurs obligations légales et professionnelles.

CONSENTEMENT À PARTICIPER À L'ÉTUDE

Je déclare avoir lu et compris le présent projet, la nature et l'ampleur de ma participation, ainsi que les conditions auxquelles je m'expose telles que présentées dans le présent formulaire. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses à ma satisfaction.

Je, soussigné-e, _____ accepte volontairement de participer à cette étude. Je peux me retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte.

Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement doit m'être remise.

Nom du participant:

Signature:

Date:

Par ailleurs, j'accepte que Madame Hélène Pineau, neuropsychologue et responsable de l'étude, ainsi que, Mesdames Marie-Julie Potvin et Geneviève Sénéchal, assistantes de recherche, me posent des questions sur ma santé et mes antécédents lors des rencontres d'évaluation.

Nom du participant:

Signature:

Date:

ENGAGEMENT DU CHERCHEUR ET DE L'ASSISTANTE DE RECHERCHE

Je, soussigné-e, _____ certifie:

- a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire;
- b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard;
- c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus;
- d) que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire.

Signature du responsable du projet ou de son représentant

Fait à _____, le _____ 20__.



Centre de recherche
interdisciplinaire
en réadaptation
du Montréal métropolitain

TITRE: ÉTUDE SUR LES DIFFICULTÉS ÉPROUVÉES PAR LES PERSONNES AYANT SUBI UN TRAUMATISME CRANIO-CÉRÉBRAL

Autorisation pour utiliser les résultats au questionnaire sur le comportement rempli par le proche du participant

- › Siège social
Centre de réadaptation
Lucie-Bruneau
- › Centre de réadaptation
Constance-Lethbridge
- › Hôpital juif de réadaptation
- › Institut Nazareth
et Louis-Braille
- › Institut Raymond-Dewar
- › Institut de réadaptation
de Montréal

Je, soussigné-e, _____ autorise que
soient utilisées de manière confidentielle les réponses que j'aurai données au
questionnaire sur le comportement dans le cadre de l'étude sur les impacts d'un
traumatisme cranio-cérébral chez les personnes accidentées. Aucune autre personne à
part les chercheurs impliqués dans l'étude auront accès à ces données, y compris le
participant de l'étude faisant l'objet des réponses à ce questionnaire (à moins que je ne
décide par moi-même de discuter directement de ces réponses avec mon proche qui
participe à l'étude en question). Pour ce faire, je remettrai le questionnaire dans une
enveloppe cachetée et pré-affranchie que je ferai parvenir au responsable de l'étude,
Madame Hélène Pineau, neuropsychologue. J'accepte que ces données soit
conservées de manière strictement confidentielle en attribuant un code au
questionnaire permettant d'identifier le participant de l'étude. Par conséquent, jamais
mon nom n'apparaîtra sur le questionnaire. J'accepte également que ces données
confidentielles et anonymes puissent être conservées cinq ans suivant la publication
de ces données interprétées dans un contexte d'analyse de groupe et non de manière
individuelle. Finalement, les données de ce questionnaire ne seront accessibles à
personne d'autre que les chercheurs impliqués dans cette étude à moins qu'une
demande d'autorisation ne me soit adressée par écrit.

Date: _____

Signature du proche du participant

Date: _____

**Signature du responsable de l'étude ou de son
représentant**

2275
avenue
Laurier E.
Montréal
(Québec)

H2H 2N8

Canada

T (514) 527-4527

F (514) 527-0979



Centre de recherche
interdisciplinaire
en réadaptation
du Montréal métropolitain

**TITRE: ÉTUDE SUR LES DIFFICULTÉS ÉPROUVÉES PAR LES
PERSONNES AYANT SUBI UN TRAUMATISME CRANIO-CÉRÉBRAL**

**Autorisation pour transmettre les données brutes de l'évaluation au psychologue
responsable de mon suivi en réadaptation**

- › Siège social
Centre de réadaptation
Lucie-Bruneau
- › Centre de réadaptation
Constance-Lethbridge
- › Hôpital juif de réadaptation
- › Institut Nazareth
et Louis-Braille
- › Institut Raymond-Dewar
- › Institut de réadaptation
de Montréal

Je, soussigné-e, _____ autorise que
soit transmis à _____,
psychologue responsable de mon suivi psychologique au Centre

_____, les données brutes recueillies lors de ma
participation à l'étude sur les impacts psychologiques et cognitifs d'un accident. Ces
données devront être utilisées seulement dans le cadre des interventions avec ce
psychologue au cours de ma réadaptation afin de faciliter mon suivi. En autorisant la
consultation de ces résultats, j'accepte également que ces données puissent servir de
point de comparaison lors d'évaluation ultérieure de ma condition
neuropsychologique.

Signature du participant

Date: _____

**Signature du responsable de l'étude ou de son
représentant**

Date: _____

2275
avenue
Laurier E.
Montréal
(Québec)
H2H 2N8
Canada
T (514) 527-4527
F (514) 527-0979

APPENDICE B

PROTOCOLE D'ÉVALUATION DE LA CONDITION PSYCHOLOGIQUE

Nom _____ Situation de famille _____ ☐ marié(e) ☐ vivant maritalement

☐ divorcé(e) ☐ veuf(ve)

☐ séparé(e) ☐ célibataire

Âge _____ Sexe _____ ☐ M ☐ F Profession _____ Niveau d'études _____

Consigne: Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) **au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui**. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe n° 16 (modifications dans les habitudes de sommeil) et le groupe n° 18 (modifications de l'appétit).

1 Tristesse

- 0 Je ne me sens pas triste.
- 1 Je me sens très souvent triste.
- 2 Je suis tout le temps triste.
- 3 Je suis si triste ou si malheureux(se), que ce n'est pas supportable.

2 Pessimisme

- 0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.
- 1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.
- 2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
- 3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.

3 Échecs dans le passé

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).
- 1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.
- 2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
- 3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

4 Perte de plaisir

- 0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
- 1 Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
- 2 J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
- 3 Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.

5 Sentiments de culpabilité

- 0 Je ne me sens pas particulièrement coupable.
- 1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
- 2 Je me sens coupable la plupart du temps.
- 3 Je me sens tout le temps coupable.

6 Sentiment d'être puni(e)

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
- 1 Je sens que je pourrais être puni(e).
- 2 Je m'attends à être puni(e).
- 3 J'ai le sentiment d'être puni(e).

7 Sentiments négatifs envers soi-même

- 0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
- 1 J'ai perdu confiance en moi.
- 2 Je suis déçu(e) par moi-même.
- 3 Je ne m'aime pas du tout.

8 Attitude critique envers soi

- 0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
- 1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
- 2 Je me reproche tous mes défauts.
- 3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

9 Pensées ou désirs de suicide

- 0 Je ne pense pas du tout à me suicider.
- 1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.
- 2 J'aimerais me suicider.
- 3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.

10 Pleurs

- 0 Je ne pleure pas plus qu'avant.
- 1 Je pleure plus qu'avant.
- 2 Je pleure pour la moindre petite chose.
- 3 Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.

11 Agitation

- 0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 1 Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
- 3 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.

12 Perte d'intérêt

- 0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
- 1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
- 2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
- 3 J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

13 Indécision

- 0 Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
- 2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
- 3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14 Dévalorisation

- 0 Je pense être quelqu'un de valable.
- 1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
- 2 Je me sens moins valable que les autres.
- 3 Je sens que je ne vaudrais absolument rien.

15 Perte d'énergie

- 0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
- 1 J'ai moins d'énergie qu'avant.
- 2 Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
- 3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.

16 Modifications dans les habitudes de sommeil

- 0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.
- 1a Je dors un peu plus que d'habitude.
- 1b Je dors un peu moins que d'habitude.
- 2a Je dors beaucoup plus que d'habitude.
- 2b Je dors beaucoup moins que d'habitude.
- 3a Je dors presque toute la journée.
- 3b Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.

17 Irritabilité

- 0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
- 1 Je suis plus irritable que d'habitude.
- 2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
- 3 Je suis constamment irritable.

18 Modifications de l'appétit

- 0 Mon appétit n'a pas changé.
- 1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
- 1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.
- 2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
- 2b J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.
- 3a Je n'ai pas d'appétit du tout.
- 3b J'ai constamment envie de manger.

19 Difficulté à se concentrer

- 0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
- 2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
- 3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20 Fatigue

- 0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
- 1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
- 2 Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
- 3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21 Perte d'intérêt pour le sexe

- 0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
- 1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
- 2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

Note: Ce formulaire est imprimé en noir et bleu.
Si ces deux couleurs n'apparaissent pas sur
le présent exemplaire, c'est qu'il a été photocopié
en violation des lois ayant trait aux droits d'auteur.

Sous-total, page 2

Sous-total, page 1

Score total

Initiales: _____
#Code: _____

Date de l'évaluation: _____
PRÉ-TEST ☐ POST-TEST ☐

ÉCHELLE RÉVISÉE D'IMPACT DE L'ÉVÉNEMENT

Voici une liste de difficultés que les gens éprouvent parfois à la suite d'un événement stressant. Veuillez lire chaque énoncé et indiquer à quel point vous avez été bouleversé(e) par chacune de ces *difficultés au cours des 7 derniers jours* en ce qui concerne _____. Dans quelle mesure avez-vous été affecté(e) ou bouleversé(e) par ces difficultés?

| Au cours des 7 derniers jours | Pas du tout | Un peu | Moyennement | Passablement | Extrêmement |
|---|-------------|--------|-------------|--------------|-------------|
| 1. Tout rappel de l'événement ravivait mes sentiments face à l'événement | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Je me réveillais la nuit | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Différentes choses m'y faisaient penser | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Je me sentais irritable et en colère | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Quand j'y repensais ou qu'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Sans le vouloir, j'y repensais | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. J'ai eu l'impression que l'événement n'était jamais arrivé ou n'était pas réel | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Je me suis tenu loin de ce qui m'y faisait penser | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Des images de l'événement surgissaient dans ma tête | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. J'étais nerveux (euse) et je sursautais facilement | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. J'essayais de ne pas y penser | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. J'étais conscient(e) d'avoir encore beaucoup d'émotions à propos de l'événement, mais je n'y ai pas fait face | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Mes sentiments à propos de l'événement étaient comme figés | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Je me sentais et réagissais comme si j'étais encore dans l'événement | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Initiales: _____
#Code: _____

Date de l'évaluation: _____
PRÉ-TEST ☐ POST-TEST ☐

ÉCHELLE RÉVISÉE D'IMPACT DE L'ÉVÉNEMENT

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 15. J'avais du mal à m'endormir | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'événement | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. J'avais du mal à me concentrer | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Ce qui me rappelait l'événement me causait des réactions physiques telles que des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. J'ai rêvé à l'événement | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. J'étais aux aguets et sur mes gardes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. J'ai essayé de ne pas en parler | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Traduction française et adaptation: Alain Brunet et al., 2003. - L'IES-R a été intégré à cet ouvrage avec les aimables autorisations du Dr. Daniel Weiss, Ph.D., auteur de l'instrument et directeur du Veterans Medical Center, San Francisco, Californie, et du Dr. Alain Brunet, Ph.D. traducteur officiel de la version française, centre de recherche de l'Hôpital Douglas.

QUESTIONNAIRE D'AUTO-EVALUATION

SCORE (AS) : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Date : _____

CONSIGNE : Voici un certain nombre d'énoncés que les gens ont l'habitude d'utiliser pour se décrire. Lisez chaque énoncé, puis encerclez le chiffre approprié en dessous de chaque exposé pour indiquer comment vous vous sentez présentement, c'est-à-dire à ce **MOMENT PRECIS**.

Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. Ne vous attardez pas trop sur chaque énoncé mais donnez la réponse qui vous semble décrire le mieux les sentiments que vous éprouvez en ce **MOMENT**.

- 1.* Je me sens calme.....
1) Pas du tout 2) Un peu 3) Modérément 4) Beaucoup
- 2.* Je me sens en sécurité.....
1) Pas du tout 2) Un peu 3) Modérément 4) Beaucoup
3. Je me sens tendu(e).....
1) Pas du tout 2) Un peu 3) Modérément 4) Beaucoup
4. Je suis triste.....
1) Pas du tout 2) Un peu 3) Modérément 4) Beaucoup
- 5.* Je me sens tranquille.....
1) Pas du tout 2) Un peu 3) Modérément 4) Beaucoup
6. Je me sens bouleversé(e).....
1) Pas du tout 2) Un peu 3) Modérément 4) Beaucoup
7. Je suis préoccupé(e) actuellement par des contrariétés possibles.....
1) Pas du tout 2) Un peu 3) Modérément 4) Beaucoup
- 8.* Je me sens reposé(e).....
1) Pas du tout 2) Un peu 3) Modérément 4) Beaucoup
9. Je me sens anxieux(se).....
1) Pas du tout 2) Un peu 3) Modérément 4) Beaucoup
- 0.* Je me sens à l'aise.....
1) Pas du tout 2) Un peu 3) Modérément 4) Beaucoup

11.* Je me sens sûr(e) de moi.....

- 1) Pas du tout 2) Un peu 3) Modérément 4) Beaucoup

12. Je me sens nerveux(se).....

- 1) Pas du tout 2) Un peu 3) Modérément 4) Beaucoup

13. Je suis affolé(e).....

- 1) Pas du tout 2) Un peu 3) Modérément 4) Beaucoup

14. Je me sens sur le bord d'éclater.....

- 1) Pas du tout 2) Un peu 3) Modérément 4) Beaucoup

15.* Je suis relaxé(e).....

- 1) Pas du tout 2) Un peu 3) Modérément 4) Beaucoup

16.* Je suis heureux(e).....

- 1) Pas du tout 2) Un peu 3) Modérément 4) Beaucoup

Je suis préoccupé(e).....

- 1) Pas du tout 2) Un peu 3) Modérément 4) Beaucoup

18. Je me sens surexcité(e) et fébrile.....

- 1) Pas du tout 2) Un peu 3) Modérément 4) Beaucoup

19.* Je suis joyeux(se).....

- 1) Pas du tout 2) Un peu 3) Modérément 4) Beaucoup

20.* Je me sens bien.....

- 1) Pas du tout 2) Un peu 3) Modérément 4) Beaucoup

ESPACE RESERVEE

INDIRECTS: 1 2 5 8 10 11 15 16 19 20

..... + + + + + + + +

AS = (..... + 50) - =

QUESTIONNAIRE D'AUTO-EVALUATION

SCORE (TA) : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Date : _____

CONSIGNE : Voici un certain nombre d'énoncés que les gens ont l'habitude d'utiliser pour se décrire. Lisez chaque énoncé, puis encerclez le chiffre approprié en dessous de chaque exposé pour indiquer comment vous vous sentez **EN GÉNÉRAL**.

Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. Ne vous attardez pas trop sur chaque énoncé mais donnez la réponse qui vous semble décrire le mieux les sentiments que vous éprouvez de **FAÇON GÉNÉRALE**.

- 1.* Je me sens bien.....
1) Pas du tout 2) Un peu 3) Modérément 4) Beaucoup
- Je me fatigue rapidement.....
1) Pas du tout 2) Un peu 3) Modérément 4) Beaucoup
3. Je me sens au bord des larmes.....
1) Pas du tout 2) Un peu 3) Modérément 4) Beaucoup
4. Je souhaiterais être aussi heureux(se) que les autres semblent l'être.....
1) Pas du tout 2) Un peu 3) Modérément 4) Beaucoup
5. Je perds de belles occasions parce que je n'arrive pas à me décider assez rapidement.
1) Pas du tout 2) Un peu 3) Modérément 4) Beaucoup
- 6.* Je me sens reposé(e).....
1) Pas du tout 2) Un peu 3) Modérément 4) Beaucoup
- 7.* Je suis calme, tranquille et en paix.....
1) Pas du tout 2) Un peu 3) Modérément 4) Beaucoup
8. Je sens que les difficultés s'accumulent au point que je ne peux pas en venir à bout.....
1) Pas du tout 2) Un peu 3) Modérément 4) Beaucoup
9. Je m'en fais trop pour les choses qui n'en valent pas vraiment la peine.....
1) Pas du tout 2) Un peu 3) Modérément 4) Beaucoup
- * Je suis heureux(se).....
1) Pas du tout 2) Un peu 3) Modérément 4) Beaucoup

11. Je suis porté(e) à mal prendre les choses.....

- 1) Pas du tout 2) Un peu 3) Modérément 4) Beaucoup

12. Je manque de confiance en moi.....

- 1) Pas du tout 2) Un peu 3) Modérément 4) Beaucoup

13.* Je me sens en sécurité.....

- 1) Pas du tout 2) Un peu 3) Modérément 4) Beaucoup

14. J'essaie d'éviter de faire face à une crise ou à une difficulté.....

- 1) Pas du tout 2) Un peu 3) Modérément 4) Beaucoup

15. Je me sens mélancolique.....

- 1) Pas du tout 2) Un peu 3) Modérément 4) Beaucoup

16.* Je suis content(e).....

- 1) Pas du tout 2) Un peu 3) Modérément 4) Beaucoup

17. Des idées sans importance me passent par la tête et me tracassent.....

- 1) Pas du tout 2) Un peu 3) Modérément 4) Beaucoup

18. Je prends les désappointements tellement à cœur que je n'arrive pas à me les sortir de la tête

- 1) Pas du tout 2) Un peu 3) Modérément 4) Beaucoup

19.* Je suis une personne stable.....

- 1) Pas du tout 2) Un peu 3) Modérément 4) Beaucoup

20. Je deviens tendu(e) et bouleversé(e) quand je songe à mes préoccupations actuelles.....

- 1) Pas du tout 2) Un peu 3) Modérément 4) Beaucoup

ESPACE RESERVEE

INDIRECTS: 1 6 7 10 13 16 19

_____ + _____ + _____ + _____ + _____ + _____ + _____

TA = (_____ +35) - _____

Échelle d'Impact de la Fatigue*

*(Traduction libre selon Fisk, Ritvo, Ross, Haase, Marrie, Schleich, 1994)

Voici des énoncés qui peuvent décrire certains impacts de la fatigue au quotidien.
Veuillez lire chacun des énoncés et encercler le chiffre qui décrit le mieux comment la fatigue a été un problème pour vous au cours du dernier mois.

- 0. Aucun problème
- 1. Un peu problématique
- 2. Modérément problématique
- 3. Très problématique
- 4. Extrêmement problématique

| | | |
|---|--|---------------------------|
| C | 1. Je me suis senti(e) moins alerte. | 0-----1-----2-----3-----4 |
| S | 2. Je me suis senti(e) plus isolé(e) des autres | 0-----1-----2-----3-----4 |
| S | 3. J'ai dû diminuer ma charge de travail. | 0-----1-----2-----3-----4 |
| S | 4. Je me suis senti(e) plus émotif. | 0-----1-----2-----3-----4 |
| C | 5. J'ai eu du mal à me concentrer de façon prolongée | 0-----1-----2-----3-----4 |
| C | 6. J'ai remarqué que mes idées étaient moins claires | 0-----1-----2-----3-----4 |
| S | 7. Je travaillais moins efficacement. | 0-----1-----2-----3-----4 |
| S | 8. J'ai dû demander aux autres de m'aider davantage. | 0-----1-----2-----3-----4 |
| S | 9. J'ai eu de la difficulté à planifier mes activités à venir. | 0-----1-----2-----3-----4 |
| P | 10. J'ai ressenti mes mouvements plus incoordonnés | 0-----1-----2-----3-----4 |
| C | 11. J'ai remarqué que j'ai eu plus d'oublis. | 0-----1-----2-----3-----4 |
| S | 12. Je me suis senti(e) plus irritable ou facilement en colère. | 0-----1-----2-----3-----4 |
| P | 13. J'ai dû doser plus attentivement mes activités physiques. | 0-----1-----2-----3-----4 |
| P | 14. Je me suis senti(e) moins motivé(e) par les activités exigeantes au plan physique. | 0-----1-----2-----3-----4 |
| S | 15. J'ai eu moins d'intérêt pour les activités sociales. | 0-----1-----2-----3-----4 |
| S | 16. Mes déplacements extérieurs ont été limités. | 0-----1-----2-----3-----4 |
| P | 17. J'ai eu du mal à maintenir des activités physiques prolongées. | 0-----1-----2-----3-----4 |
| C | 18. J'ai eu de la difficulté à prendre des décisions. | 0-----1-----2-----3-----4 |
| S | 19. J'ai eu peu de contacts sociaux à l'extérieur de mon domicile. | 0-----1-----2-----3-----4 |
| S | 20. Les événements quotidiens m'ont stressé(e) davantage. | 0-----1-----2-----3-----4 |
| C | 21. J'ai été moins motivé par les activités intellectuelles. | 0-----1-----2-----3-----4 |

| | | |
|---|--|---------------------------|
| S | 22. J'ai évité les situations stressantes pour moi. | 0-----1-----2-----3-----4 |
| P | 23. J'ai ressenti une faiblesse musculaire. | 0-----1-----2-----3-----4 |
| P | 24. Mon inconfort physique était plus marqué. | 0-----1-----2-----3-----4 |
| S | 25. J'ai eu de la difficulté à faire face aux imprévus. | 0-----1-----2-----3-----4 |
| C | 26. J'ai plus de difficultés à terminer les tâches qui requièrent plus de réflexions. | 0-----1-----2-----3-----4 |
| S | 27. Je me suis senti(e) incapable des répondre aux demandes de mon entourage. | 0-----1-----2-----3-----4 |
| S | 28. J'ai éprouvé plus de difficultés à rencontrer mes obligations financières et celles de mes proches | 0-----1-----2-----3-----4 |
| S | 29. J'ai eu moins d'activités sexuelles. | 0-----1-----2-----3-----4 |
| C | 30. J'ai éprouvé plus de difficultés à organiser mes idées lorsque j'étais engagé(e) dans des activités à la maison ou au travail. | 0-----1-----2-----3-----4 |
| P | 31. J'ai éprouvé des difficultés à terminer des tâches qui exigeaient un effort physique. | 0-----1-----2-----3-----4 |
| P | 32. J'ai été préoccupé par mon apparence face aux autres. | 0-----1-----2-----3-----4 |
| S | 33. J'ai éprouvé des difficultés à composer avec des situations émotionnelles. | 0-----1-----2-----3-----4 |
| C | 34. J'ai noté que mes pensées étaient plus ralenties. | 0-----1-----2-----3-----4 |
| C | 35. J'ai trouvé difficile de me concentrer. | 0-----1-----2-----3-----4 |
| S | 36. J'ai eu de la difficulté à m'engager pleinement dans mes activités (ou celles de ma famille). | 0-----1-----2-----3-----4 |
| P | 37. J'ai dû limiter mes activités physiques. | 0-----1-----2-----3-----4 |
| P | 38. J'ai eu besoin de périodes de repos plus fréquentes. | 0-----1-----2-----3-----4 |
| S | 39. J'ai éprouvé des difficultés à offrir un support émotionnel à mes proches. | 0-----1-----2-----3-----4 |
| S | 40. La moindre difficulté rencontrée m'est apparue une montagne. | 0-----1-----2-----3-----4 |

A vérifier...

- Qualité du sommeil au courant du dernier mois?
- Qualité de l'alimentation?
- Évènements ou stressseurs importants vécus? (ex : mauvaise nouvelle, conflit interpersonnel ect).

Cotation :

- Cognitif :
- Physique :
- Social :

Questionnaire CFQ (Broadbent et al., 1982) Adaptation française par J. Baillargeon et P. Bourassa (1994)

No. Dossier: _____
Date: _____

«Les questions suivantes portent sur de petites erreurs que tout le monde fait à l'occasion bien que certaines surviennent plus souvent que d'autres. Nous aimerions savoir combien de fois vous avez vécu ces événements à chacun des moments mentionnés: soit AVANT l'événement traumatique et soit APRÈS cet événement.»

| | Avant l'événement traumatique | | | | | Depuis l'événement traumatique | | | | |
|--|-------------------------------|---------------|--------------|---------------|--------|--------------------------------|---------------|--------------|---------------|--------|
| | Tres souvent | Assez souvent | A l'occasion | Tres rarement | Jamais | Tres souvent | Assez souvent | A l'occasion | Tres rarement | Jamais |
| 1. Vous arrive-t-il de lire quelque chose et de vous rendre compte que vous n'y aviez pas porté suffisamment attention, si bien que vous deviez le relire? | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 2. Vous arrive-t-il d'oublier pourquoi vous vous êtes déplacé d'un endroit à un autre dans la maison? | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 3. Vous arrive-t-il de ne pas remarquer des panneaux de signalisation sur la route? | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 4. Vous arrive-t-il de confondre la droite et la gauche lorsque vous expliquez un chemin à quelqu'un? | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 5. Vous arrive-t-il de vous heurter sur d'autres personnes? | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 6. Vous arrive-t-il d'oublier si vous aviez bien éteint une lumière ou barré une porte? | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 7. Avez-vous de la difficulté à retenir le nom des gens lorsque vous les rencontrez pour la première fois? | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 8. Vous arrive-t-il de dire quelque chose et de réaliser par la suite que ce que vous avez dit peut être pris pour une insulte? | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 9. Vous arrive-t-il de ne pas entendre ce qu'une personne vous dit lorsque vous êtes occupé à autre chose? | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 10. Vous arrive-t-il de vous mettre en colère et de le regretter par la suite? | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 11. Vous arrive-t-il de laisser d'importantes lettres sans réponse pour plusieurs jours? | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

No. Dossier: _____

Date: _____

| | Avant l'événement traumatique | | | | | Depuis l'événement traumatique | | | | |
|---|-------------------------------|---------------|--------------|---------------|--------|--------------------------------|---------------|--------------|---------------|--------|
| | Très souvent | Assez souvent | À l'occasion | Très rarement | Jamais | Très souvent | Assez souvent | À l'occasion | Très rarement | Jamais |
| 12. Vous arrive-t-il d'oublier quelle direction il faut prendre sur une route que vous connaissez mais que vous empruntez rarement? | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 13. Vous arrive-t-il de ne pas voir ce que vous voulez dans une épicerie (bien que vous ayez effectivement le produit devant les yeux)? | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 14. Vous arrive-t-il de vous demander soudainement si vous avez utilisé ou prononcé un mot correctement? | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 15. Avez-vous de la difficulté à vous décider sur de petites choses sans grande importance? | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 16. Vous arrive-t-il d'oublier vos rendez-vous? | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 17. Vous arrive-t-il d'oublier où vous avez mis quelque chose comme un livre ou un journal? | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 18. Vous arrive-t-il de jeter la chose que vous vouliez garder et de garder la chose que vous vouliez jeter? (Par exemple, jeter la boîte d'allumettes et garder l'allumette utilisée?) | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 19. Vous arrive-t-il de rêvasser alors que vous devriez écouter quelque chose? | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 20. Vous arrive-t-il d'oublier le nom des gens que vous connaissez? | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 21. Vous arrive-t-il de commencer à faire quelque chose et de vous laisser distraire par autre chose sans le vouloir? | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 22. Vous arrive-t-il de ne pas vous rappeler entièrement de quelque chose bien que vous l'avez «sur le bout de la langue»? | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 23. Vous arrive-t-il d'oublier ce que vous deviez acheter en arrivant au magasin? | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 24. Vous arrive-t-il d'échapper des objets? | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 25. Vous arrive-t-il d'être bloqué au point de ne rien trouver à dire? | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

Consignes du questionnaire de comportements frontaux (FrSBe)

Version auto-évaluation

«Voici une liste d'énoncés qui peuvent être utilisés pour décrire le comportement d'une personne. Je vais vous demander de lire chacun des énoncés attentivement et d'encrer, dans l'échelle de 0 à 5 qui suit chacun des énoncés, le chiffre qui décrit le mieux la fréquence du comportement qu'on vous décrit. Évaluer votre comportement pour chacun des moments proposés, c'est-à-dire – **AVANT** (le traumatisme ou l'accident) et **EN CE MOMENT**. Essayer de fournir une cote de fréquence pour tous les énoncés, sans en oublier.

FORMULAIRE AUTO-ÉVALUATION

Nom : _____ Genre: _____ Âge: _____
 Niveau d'éducation: ☐ 12 ans ou moins ☐ plus de 12 ans

Date du jour: ____/____/____
 Date de l'accident
 ou début de maladie ____/____/____

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--------|----------|-------------|---------|------------------|
| Jamais | Rarement | Quelquefois | Souvent | Presque toujours |

| | Avant la maladie ou accident | | | | | Présentement | | | | |
|--|---------------------------------|---|---|---|---|--------------|---|---|---|---|
| 1. Je parle seulement quand on m'adresse la parole. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Je suis facilement irritable et me fâche facilement sans raison valable. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Je répète certaines actions et demeure buté sur certaines idées. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Je fais les choses impulsivement. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Je mêle les séquences et devient confus(e) quand je fais une série d'actions l'une après l'autre. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Je ris ou pleure trop facilement. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Je répète sans cesse les mêmes erreurs sans apprendre de ces erreurs. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. J'éprouve de la difficulté à initier une activité, je manque d'initiative et de motivation. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Je fais des commentaires et des avances inappropriées au niveau sexuel. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Je fais ou dis des choses embarrassantes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Je néglige mon hygiène personnelle. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Je ne peux demeurer assis longtemps, je suis hyperactif(ve). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Je n'ai pas conscience de mes difficultés ou de mes erreurs. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. J'ai tendance à demeurer assis et à ne rien faire. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Je suis désorganisé(e). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Je perds le contrôle de ma vessie ou de mes intestins, et cela ne semble pas me déranger. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Je ne peux faire deux choses à la fois (exemple : parler et préparer un repas). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Je parle sans attendre mon tour, j'interrompt les autres. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Mon jugement laisse à désirer et j'éprouve des difficultés à résoudre des problèmes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. J'imagine des histoires fantaisistes quand je suis incapable de me souvenir de quelque chose. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. J'ai perdu l'intérêt envers les choses qui étaient importantes ou plaisantes pour moi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Je dis une chose puis j'en fais une autre. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--------|----------|-------------|---------|------------------|
| Jamais | Rarement | Quelquefois | Souvent | Presque toujours |

| | Avant la maladie ou accident | Présentement |
|---|---------------------------------|--------------|
| 23. Je commence une chose et j'ai du mal à la terminer. | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 24. J'exprime peu d'émotion, je me sens peu concerné ou peu sensible à ce qui passe autour de moi. | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 25. J'oublie de faire des choses, mais je m'en souviens quand on me le rappelle ou quand c'est trop tard. | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 26. Je suis inflexible et éprouve des difficultés à changer ma routine. | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 27. J'ai des problèmes avec la loi ou les autorités. | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 28. Je prends des risques pour le plaisir de la chose. | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 29. Je suis lent(e) dans mes mouvements, je manque d'énergie et suis inactif(ve) | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 30. Je fais preuve d'un sens de l'humour enfantin et niais. | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 31. Je trouve que la nourriture n'a ni goût ni odeur. | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 32. Je blasphème ou dis des gros mots. | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |

Lire avec attention les items avant de répondre

| | | |
|---|-----------|-----------|
| 33. Je m'excuse pour mes mauvais comportements (exemple : je m'excuse d'avoir blasphémé). | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 34. Je porte attention, me concentre même en présence de distracteurs. | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 35. Je réfléchis avant d'agir (exemple: je pense à l'ensemble de mes dépenses avant de faire un achat). | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 36. J'utilise des stratégies pour me souvenir de choses importantes (exemple : je me laisse des notes écrites pour moi-même). | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 37. Je suis capable de planifier d'avance. | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 38. Je suis intéressé(e) au sexe. | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 39. Je soigne mon apparence (exemple : je me peigne tous les jours). | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 40. Je bénéficie du feed-back qu'on me donne, j'accepte les critiques constructives des autres. | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 41. Je m'implique spontanément dans des activités (tels que des passe-temps). | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 42. J'exécute des actions sans qu'on me le demande. | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 43. Je suis attentif(ve) aux besoins des autres. | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 44. Je m'entends bien avec les autres. | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 45. J'agis convenablement pour mon âge | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 46. Je peux initier une conversation facilement. | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |

Consignes du questionnaire de comportements frontaux (FrSBe)

Version évaluation par un proche

«Voici une liste d'énoncés qui peuvent être utilisés pour décrire le comportement d'une personne. Nous vous demandons de lire chacun des énoncés attentivement et d'encrer, dans l'échelle de 0 à 5 qui suit chacun des énoncés, le chiffre qui décrit le mieux la fréquence du comportement que vous avez observé dans le passé ou encore maintenant chez votre conjoint/conjointe» (à adapter selon le lien relationnel). «Évaluer le comportement de votre conjoint/conjointe pour chacun des moments proposés, c'est-à-dire – AVANT (le traumatisme ou l'accident) et EN CE MOMENT. Essayer de fournir une cote de fréquence pour tous les énoncés, sans en oublier.»

FORMULAIRE ÉVALUATION FAMILIALE

Nom du patient: _____ Genre: ____ Âge: ____ Date du jour: ____/____/____
 Niveau d'éducation du patient: ☐ 12 ans ou moins ☐ plus de 12 ans Date de l'accident ou
 Nom de l'évaluateur: _____ Relation avec le patient: _____ début de maladie ____/____/____

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|----------|-------------|-------------|------------------|
| | Jamais | Rarement | Quelquefois | Fréquemment | Presque toujours |
| | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Avant la maladie ou accident Présentement </div> | | | | |
| 1. Il(elle) parle seulement quand on lui adresse la parole. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Il(elle) est facilement irritable et se fâche facilement sans raison valable. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Il(elle) répète certaines actions et demeure buté(e) sur certaines idées. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Il(elle) fait les choses impulsivement. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Il(elle) mêle les séquences, devient confus(e) quand il(elle) fait une série d'actions l'une après l'autre. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Il(elle) rit ou pleure trop facilement. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Il(elle) répète sans cesse les mêmes erreurs sans apprendre de ces erreurs. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Il(elle) éprouve de la difficulté à initier une activité, il(elle) manque d'initiative et de motivation. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Il(elle) fait des commentaires et des avances inappropriées au niveau sexuel. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Il(elle) fait ou dit des choses embarrassantes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Il(elle) néglige son hygiène personnelle. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Il(elle) ne peut demeurer assis longtemps, est hyperactif(ve). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Il(elle) n'a pas conscience de ses difficultés ou de ses erreurs. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Il(elle) a tendance à demeurer assis(e) à ne rien faire. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Il(elle) est désorganisé(e). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Il(elle) perd le contrôle de sa vessie et de ses intestins et cela ne semble pas le(la) déranger. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Il(elle) ne peut pas faire deux choses à la fois (exemple : parler et préparer un repas). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Il(elle) parle sans attendre son tour, interrompt les autres. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Il(elle) démontre un jugement qui laisse à désirer et éprouve des difficultés à résoudre des problèmes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Il(elle) imagine des histoires fantaisistes quand il(elle) est incapable de se souvenir de quelque chose. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Il(elle) a perdu l'intérêt envers les choses importantes ou plaisantes pour lui(elle) généralement. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Il(elle) dit une chose puis en fait une autre. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----------------|----------|-------------|-------------|------------------|
| Presque jamais | Rarement | Quelquefois | Fréquemment | Presque toujours |

| | Avant la maladie ou accident | Présentement |
|--|---------------------------------|--------------|
| 23. Il(elle) commence une chose et a du mal à la terminer. | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 24. Il(elle) exprime peu d'émotion, semble peu concerné ou peu sensible à ce qui se passe autour de lui(elle). | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 25. Il(elle) oublie de faire des choses, mais s'en souvient quand on le lui rappelle ou quand c'est trop tard. | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 26. Il(elle) est inflexible et éprouve des difficultés à changer sa routine. | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 27. Il(elle) s'attire des problèmes avec la loi ou les autorités. | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 28. Il(elle) prends des risques pour le plaisir de la chose. | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 29. Il(elle) est lent(e) dans ses mouvements, manque d'entrain et est inactif(ve). | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 30. Il(elle) fait preuve d'un sens de l'humour enfantin et naïseux. | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 31. Il(elle) se plaint que la nourriture n'a ni goût ni odeur. | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 32. Il(elle) blasphème ou dit des gros mots. | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |

Lire attentivement les items avant de répondre

| | | |
|--|-----------|-----------|
| 33. Il(elle) s'excuse pour ses mauvais comportements (exemple : s'excuse d'avoir blasphémé). | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 34. Il(elle) fait attention, se concentre même en présence de Distracteurs. | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 35. Il(elle) réfléchit avant d'agir (exemple : pense à l'ensemble de ses dépenses avant de faire un achat). | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 36. Il(elle) utilise des stratégies pour se souvenir de choses importantes (exemple : s'écrit des notes). | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 37. Il(elle) est capable de planifier d'avance. | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 38. Il(elle) est intéressé(e) au sexe. | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 39. Il(elle) soigne son apparence (exemple : se peigne tous les jours). | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 40. Il(elle) bénéficie du feed-back qu'on lui donne, accepte les critiques constructives des autres. | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 41. Il(elle) s'implique spontanément dans des activités (tels que des passe-temps). | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 42. Il(elle) exécute des actions sans qu'on le lui demande. | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 43. Il(elle) est attentif(ve) aux besoins des autres. | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 44. Il(elle) s'entend bien avec les autres. | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 45. Il(elle) agit convenablement pour son âge | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 46. Il(elle) peut initier une conversation facilement. | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |

QUESTIONNAIRE DE RIVERMEAD

Adaptation française
Rivermead Rehabilitation Center
Copyright RRC June 29th 1993

No.code: _____ Date de l'incident ou accident: _____
Date: _____
Pré-test _____
Post-test _____

À la suite d'un accident ou d'une agression, certaines personnes éprouvent des difficultés qui peuvent provoquer des inquiétudes ou des inconvénients. Nous désirons savoir si vous souffrez de certains symptômes comme ceux énumérés ci-dessous. Il est possible que certains de ces symptômes aient été présents avant votre accident ou agression, comparez donc votre état actuel à votre situation antérieure.

Veillez ENCERCLER, pour chacun des problèmes, le chiffre qui décrit le mieux son intensité.

- 0 = jamais éprouvé
1 = n'est plus un problème
2 = est un problème léger
3 = est un problème modéré
4 = est un problème sévère

En comparaison d'avant l'événement que vous avez vécu, souffrez-vous maintenant (dans les dernières 24 heures) de:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Maux de tête | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Étourdissements | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Nausées et/ou vomissements | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Sensibilité exagérée aux bruits | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Problème de sommeil | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Fatigue | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Irritabilité, accès de colère | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Sentiments de dépression ou d'être au bord des larmes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Sentiments de frustration ou d'impatience | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Pertes de mémoire ou d'oublis | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Baisse de la concentration | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Ralentissement de la pensée | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Vision embrouillée | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Sensibilité exagérée à la lumière | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Vision double | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Agitation | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Éprouvez-vous d'autres difficultés?
Lesquelles, évaluez-les comme ci-dessus:

1. _____ 0 1 2 3 4
2. _____ 0 1 2 3 4

**F2 - MODULES D'ENTREVUE CLINIQUE SCID-I POUR
L'ÉVALUATION DES TROUBLES ANXIEUX,
SOMATOFORMES ET ALIMENTAIRES**

EXTRAITS DU: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis-I Disorders, Patient Edition
Version 2.0, (4/97): Michael B. First, M.D.; Robert L. Spitzer, M.D.; Miriam
Gibbon, M.S.W.; and Janet B.W. Williams, D.S.W.

**ADAPTÉS POUR LES FINS DE LA PRÉSENTE ÉTUDE SUR L'IDENTIFICATION DES
GÈNES IMPLIQUÉS DANS LE TROUBE PANIQUE ET L'AGORAPHOBIE**

Date de l'entrevue :

| | | |
|-------------|-------------|--------------|
| | | 20 |
| <i>Jour</i> | <i>Mois</i> | <i>Année</i> |

Centres :

- ☐ Douglas
- ☐ CSP-Uqam
- ☐ Phobies-Zéro
- ☐ Hors réseau

Interviewer : _____

Signature : _____

Sources d'information
(Cochez tous ceux qui s'appliquent)

- ☐ Sujet
- ☐ Famille / amis / collègues
- ☐ Professionnel de la santé / dossier / notes de référence

| DX Code | Diagnostic | Prévalence à vie | | | Mois dernier | |
|------------------|---|--------------------|--------|----------------|--|-------------------|
| | | Info Inadéquate | Absent | Sous- seuil | Seuil atteint | Absent Présent |
| TROUBLES ANXIEUX | | | | | | |
| 1 | Trouble Panique (page F. 6) | ? | 1 | 2 | <div>3</div> | 1 3 |
| | | | | | <div>1 Sans Agoraphobie 2 Avec Agoraphobie</div> | |
| 2 | Agoraphobie sans histoire de trouble panique (page F. 11) | ? | 1 | 2 | <div>3</div> | 1 3 |
| 3 | Phobie sociale (page F. 16) | ? | 1 | 2 | <div>3</div> | 1 3 |
| 4 | Phobie spécifique (page F. 20) | ? | 1 | 2 | <div>3</div> | 1 3 |
| 5 | Trouble Obsessif compulsif (page F. 25) | ? | 1 | 2 | <div>3</div> | 1 3 |
| 6 | Stress post-traumatique (page F. 33) | ? | 1 | 2 | <div>3</div> | 1 3 |
| 7 | Anxiété généralisée (actuel seulement) (page F. 37/F. 38) | ? | 1 | 2 | 3 | |

TROUBLES SOMATOFORMES
 (Actuel Seulement)

| | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|
| 8 | Trouble de somatisation (page G. 6) | ? | 1 | 2 | 3 |
| 9 | Trouble somatoforme douloureux (page G. 7) | ? | 1 | 2 | 3 |
| 10 | Trouble somatoforme indifférencié (page G. 9) | ? | 1 | 2 | 3 |
| 11 | Hypochondrie (page G. 11) | ? | 1 | 2 | 3 |
| 12 | Dysmorphobie (page G. 12) | ? | 1 | 2 | 3 |

1 = abs.

2 = s-seuil

3 = seuil

INSTRUCTIONS :

S.V.P. Coter le tableau synthèse sur les 5 axes diagnostiques dans le tableau qui suit (*feuille de cotation iii et iv*)

- Pour la cotation de la sévérité et/ou rémission des troubles de l'axe I, vous référer à la page correspondante du SCID s'il y a lieu ou à l'échelle ci-dessous.
- Pour l'axe V, le fonctionnement global, vous référer à la feuille de cotation v présentée à la page 6

Echelle de sévérité ou rémission :

1. **Léger :** Peu ou aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur la plan social ou professionnel. ** Trop inconnu par trouble.*
2. **Moyen :** Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
3. **Sévère :** Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel. *fonctionnement diminué.*
4. **En rémission partielle :** Le sujet a déjà répondu à tous les critères du trouble panique mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent. *sous le seuil clin*
5. **En rémission totale :** Les signes et les symptômes ont disparu, mais il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble - par exemple, chez une personne ayant déjà eu des épisodes de trouble panique, mais prenant des antidépresseurs et n'ayant éprouvé aucun symptôme depuis trois ans.
6. **Antécédents de trouble panique :** Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli. *Si aucun symptômes et aucune médication ou suivi thérapeutique*

COTATION DES 5 AXES DIAGNOSTIQUES

| Axe-I Troubles de l'Axe-I (SCID, impressions cliniques, dossier) | Sévérité ou rémission | Age de survenue | Niveau de certitude diagnostique (0-100) |
|---|-----------------------------|--------------------|---|
| Trouble panique et/ou agoraphobie (page F.7) | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

* Si \neq certaine du diagnostic, idéal c'est s'en tenir aux questions du SCID mais c'est acceptable de poser des questions qui sont \neq ds

| DX Code | Diagnostic | Prévalence à vie | | | | Mois dernier | |
|------------------------------|--|--------------------|--------|----------------|-----------------------|--------------|---------|
| | | Info inadéquate | Absent | Sous- seuil | Seuil | Absent | Présent |
| TROUBLES ALIMENTAIRES | | | | | | | |
| 13 | Anorexie (page H. 2) | ? | 1 | 2 | <div>3</div> -----> 1 | 1 | 3 |
| 14 | Boulimie (page H. 5) | ? | 1 | 2 | <div>3</div> -----> 1 | 1 | 3 |
| 15 | Hyperphagie Incontrôlée (page H. 8) | ? | 1 | 2 | <div>3</div> -----> 1 | 1 | 3 |
| 16 | Autre trouble de l'axe I | ? | 1 | 2 | <div>3</div> -----> 1 | 1 | 3 |
| Spécifier : _____ | | | | | | | |

Diagnostic Principal : _____

Date d'apparition du trouble : 01 Degré de sévérité

Diagnostic de l'interviewer si différent du SCID : _____

↳ normalement, on ne devrait pas arriver à un diagnostic différent. Exemption: si trouble de personnalité important. On pourrait dire. Diagnostic TSPT avec Trouble de personnalité "désorganisé" du SCID."

COTATION DES 5 AXES DIAGNOSTIQUES (SUITE)

| Axe II Traits de personnalité (SCID, impressions cliniques, DX au dossier) | | | Niveau de certitude diagnostique (0-100) |
|---|---|---|---|
| | X | X | |
| | X | X | |

Axe III Conditions médicales générales

| Axe IV * Problèmes psychosociaux et environnementaux - très intéressant & important. | | |
|---|---------------|---------------------|
| * ex: Depuis le temps que ça dure & ou la flexibilité du milieu | * Aigu | * Persistant |
| Problèmes interpersonnels (relations conjoint., parent-enfant, famille), deuil, contexte de travail <i>Spécifier :</i> _____ | | |
| Problèmes reliés à l'environnement social <i>Spécifier :</i> _____ | | |
| Problèmes éducationnels <i>Spécifier :</i> _____ | | |
| Problèmes occupationnels <i>Spécifier :</i> _____ | | |
| Problèmes reliés à la maison ou au logement <i>Spécifier :</i> _____ | | |
| Problèmes économiques <i>Spécifier :</i> _____ | | |
| Problèmes d'accès aux soins de santé <i>Spécifier :</i> _____ | | |
| Problèmes légaux et/ou judiciaires <i>Spécifier :</i> _____ | | |
| Autres problèmes psychosociaux <i>Spécifier :</i> _____ | | |

peut aussi être séparation conjugale

Axe V Fonctionnement global (GAF : 0 à 100)

Dernier mois: _____

Dernière année: _____

Axe V - DSM-IV : Échelle d'évaluation globale du fonctionnement (EGF)
(Échelle G.A.F. ou Global Assessment of Functioning State)

Évaluer le fonctionnement psychologique, social et professionnel sur un continuum hypothétique allant de la santé mentale à la maladie. Ne pas tenir compte d'une incapacité fonctionnelle due à des facteurs limitants d'ordre physique ou environnemental.

Indiquer le code de LA PLUS FAIBLE capacité fonctionnelle durant LA PIRE semaine des trente derniers jours. (Utiliser des codes intermédiaires, p.ex, 45,68,72, lorsque cela est justifié.)

Remarque : Attribuer le code 0 lorsque l'information est inappropriée.

- 100 : Aucun symptôme. Capacité fonctionnelle supérieure dans un vaste champs d'activité; les difficultés de la vie ne semblent jamais prendre des proportions démesurées; être recherché par ses semblables en raison de nombreuses belles qualités. très rare, m chez population non-clinique.
- 91 : Symptômes absents ou minimes (p.ex., anxiété légère avant un examen), capacité fonctionnelle satisfaisante dans un vaste champ d'activités; s'intéresse et participe à des activités très variées; actif sur le plan social; en général satisfait de la vie; les difficultés ou les préoccupations auxquels le sujet doit faire face sont celles de la vie de tous les jours, sans plus (p.ex., conflit occasionnel avec des membres de sa famille).
- 81 : Si le sujet éprouve des symptômes, ceux-ci sont transitoires et ne représentent que des réactions prévisibles à des facteurs de stress d'ordre psychosocial (p.ex., difficulté de concentration après une dispute familiale), légère incapacité fonctionnelle sur le plan social, professionnel ou scolaire (p.ex., fléchissement temporaire du travail scolaire).
- 71 : Quelques symptômes d'intensité légère (p.ex., humeur dépressive et insomnie légère), OU une certaine incapacité fonctionnelle sur le plan social, professionnel ou scolaire (p.ex., école buissonnière épisodique ou absentéisme au travail), mais, de façon générale, fonctionne plutôt bien et jouit de relations interpersonnelles satisfaisantes.
- 61 : Symptômes d'intensité moyenne (p.ex., émoussement affectif, discours circonstanciel, attaques de panique épisodique), OU incapacité fonctionnelle d'intensité moyenne sur le plan social, professionnel ou scolaire (p.ex., peu d'amis, conflits avec les collègues de travail).
- 51 : Symptômes importants (p.ex., idéation suicidaire, rituels obsessionnels sévères, vol à l'étalage fréquent), OU toute incapacité fonctionnelle grave sur le plan social, professionnel ou scolaire (p.ex., absence d'amis, incapacité à garder un emploi).
- 41 : Une certaine altération du sens de la réalité ou de la communication (p.ex., discours par moments illogique, obscur ou hors de propos), OU handicap important dans plusieurs domaines, comme le travail, l'école, les relations familiales, le jugement, la pensée ou l'humeur (à titre d'exemple, homme déprimé qui évite ses amis, néglige sa famille et est incapable de travailler; enfant qui bat fréquemment des plus jeunes, défie l'autorité à la maison et échoue à l'école).
- 31 : Comportement très influencé par des idées délirantes ou des hallucinations OU grave handicap dans les communications ou le jugement (p.ex., incohérence occasionnelle, comportement visiblement inapproprié, préoccupation suicidaire), OU incapacité fonctionnelle dans presque tous les domaines (p.ex., reste au lit toute la journée, est sans emploi, n'a ni foyer ni amis).
- 21 : Le sujet présente un certain risque pour lui-même ou pour son entourage (p.ex., tentative de suicide sans intention nette de mourir, violence fréquente, excitation manique), OU, à l'occasion, néglige les soins d'hygiène les plus élémentaires (p.ex., se barbouille d'excréments) OU présente un handicap flagrant en matière de communications (p.ex., grande incohérence ou mutisme).
- 11 : Risque persistant d'auto ou d'hétéro-agression grave (p.ex., accès répétés de violence OU incapacité permanente à accomplir les soins d'hygiène les plus élémentaires OU geste suicidaire sérieux dans le but évident de mourir).
- 1

Pour débiter l'entrevue

Maintenant je vais vous poser des questions en rapport avec des problèmes ou des difficultés que vous auriez pu rencontrer au cours de votre vie. Tout au long de l'entrevue, j'aurai à prendre quelques notes. Je veux vous rappeler que toutes les informations que vous me donnez seront tenues confidentielles.

Avez-vous des questions à me poser?

DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

SEXE : 1 M
2 F

Quel âge avez-vous?

ÂGE :

Êtes-vous marié(e) ?

Si non : L'avez-vous déjà été ?

STATUT MARITAL :
(le plus récent)

- 1 marié(e) ou conjoint(e) de fait > 1 an
- 2 séparé(e)
- 3 divorcé(e) ou mariage annulé
- 4 veuf(ve)
- 5 célibataire

Avez-vous des enfants?

ENFANTS

- 1 OUI
Combien :
- 2 NON

SCOLARITÉ ET ANTÉCÉDENTS PROFESSIONNELS

ÉDUCATION

- 1 étude primaire (6^e année e oins)
- 2 étude secondaire (7^e à 12^e année)
- 3 études professionnelles
- 4 études collégiales
- 5 Baccalauréat
- 6 Maîtrise
- 7 Doctorat

SI N'A PAS COMPLÉTÉ UN DIPLÔME
POUR LEQUEL LE SUJET S'ÉTAIT
INSCRIT(e):

* Pourquoi n'avez-vous pas terminé?
important d'aller investiguer.
Donne des indices

TRAVAIL

Quel genre de travail faites-vous?

Travaillez-vous présentement ?

SI OUI : Depuis quand
Travaillez-vous là ?SI MOINS DE 6 MOIS :
Pourquoi avez-vous laissé votre
dernier emploi?Avez-vous toujours fait ce genre
de travail ?SI NON : Pourquoi ?Quel genre de travail
faisiez-vous avant?

Comment subvenez-vous à vos besoins?

SI INCONNU : Y a-t-il eu une période
où vous avez été incapable d'aller à l'école
ou de travailler?SI OUI : Quand ? Pourquoi ?**HISTOIRE DES TRAITEMENTS**Avez-vous déjà consulté quelqu'un pour des
problèmes émotionnels ou psychiatriques?

Si oui :

À quel moment? Pour quels problèmes?

Quels traitements/médication avez-vous
reçus ?Avez-vous déjà été hospitalisé en
psychiatrie?*SI OUI, Nombre d'hospitalisations
(Ne pas inclure les transferts)

1 OUI* 2 NON

1
2
3
4
5 (ou plus)

PROBLÈMES ACTUELS (*dans les 6 derniers mois*)

Avez-vous eu des problèmes au cours
des 6 derniers mois?

Comment était votre humeur (moral)?

Comment était votre santé physique?

Avez-vous pris des médicaments ou des
vitamines?

(Avez-vous eu un problème médical?)

**UTILISER CETTE INFORMATION
POUR COTER L'AXE III**

Comment était votre consommation
d'alcool dans les 6 derniers mois ?

Avez-vous pris des drogues ? (Cannabis,
cocaïne ou autres drogues semblables ?)

Comment avez-vous passé votre temps
libre?

* IMPRESSION DIAGNOSTIQUE
LA PLUS PROBABLE (À DATE) :

* DIAGNOSTICS À ÉLIMINER :

* Peut donner des indices, mais importants de pas y aller trop vite. L'idéal, c'est
le remplir à la fin de l'entrevue plutôt qu'après l'interview

F. TROUBLES ANXIEUX

TROUBLE PANIQUE

CRITÈRES
DIAGNOSTIQUES

Attention : Question très subtile...

- 1 Vous est-il déjà arrivé d'avoir une attaque de panique, de vous sentir, tout à coup, saisi(e) de frayeur ou d'anxiété ou d'éprouver de nombreux symptômes? (Crise de panique : être subitement envahi(e) d'une peur extrême, ressentir des sensations physiques inconfortables et des pensées désagréables) ce qu'on ne veut pas, c'est que la personne qui a vécu un hold up et qu'après mise de panique, ben se considère que c'est un trouble panique.

A. (1) Attaques de panique imprévues et récurrentes ? 1 2 3

- 2 SI OUI : Ces attaques sont-elles survenues soudainement, vous prenant par surprise dans des situations où vous ne vous attendiez pas à vous sentir nerveux(se) ou mal à l'aise?
(Imprévisibles : pouvant se déclencher dans des situations sans danger ou menace réelle)

- 3 DANS LE DOUTE : Combien d'attaques de ce genre avez-vous déjà eues? (Au moins deux?)

2. Après ce genre d'attaque...

- a) Vous êtes-vous inquiété(e) à l'idée qu'il y avait peut-être quelque chose de grave qui clochait avec vous? Par exemple :
- que vous aviez une crise cardiaque?
 - ou que vous étiez en train de devenir fou (folle)?

Combien de temps vous êtes-vous inquiété(e)?
Au moins un mois?

- b) SI NON : Aviez-vous très peur d'être victime d'une autre attaque?

Combien de temps vous êtes-vous inquiété(e)?
Au moins un mois?

- c) SI NON : Avez-vous changé vos habitudes en raison de ces attaques? Par exemple :
- Avez-vous évité de sortir seul(e) ou d'aller à certains endroits? Besoin d'être accompagné?
 - Avez-vous fuit certaines activités, comme l'exercice?
 - Avez-vous fait en sorte d'être toujours proche d'une salle de bain ou d'une sortie?
 - Aviez-vous besoin d'objets sécurisants? (p.ex., gomme, médicaments, bouteille d'eau, cellulaire)

Est-ce que ça doit être
oui, par tout?

(2) Au moins une des attaques a été suivie pendant un mois (ou plus) de l'un des comportements suivants :

(b) inquiétude concernant les causes possibles de l'attaque ou ses conséquences (p.ex., perdre la maîtrise de soi, être victime d'une crise cardiaque, « devenir fou »);

(a) peur persistante d'être victime d'autres attaques;

(c) changement marqué du comportement par peur d'une autre attaque

PASSER À LA
PAGE F 8
(ASATP)

PASSER À LA
PAGE F 8
(ASATP)

3 – VÉRIFIER SI LES SYMPTÔMES DU SUJET CORRESPONDENT AUX CRITÈRES D'UNE ATTAQUE DE PANIQUE.

À quand remonte votre dernière attaque grave?
(plus de 4 symptômes)
Qu'avez-vous remarqué en premier?
Que s'est-il passé ensuite?

4 – QUESTION À POSER AU BESOIN :

Les symptômes sont-ils apparus tout à coup?
(i.e., que les sensations physiques inconfortables surviennent brusquement, soudainement)

SI OUI : Quel intervalle s'est écoulé entre le début des symptômes et le moment où l'attaque est devenue vraiment très grave? (i.e., la crise est devenue intolérable, atteignant un sommet beaucoup plus intense). (Moins de 10 minutes?)

B. Les symptômes sont survenus brusquement et ont atteint leur paroxysme en moins de 10 minutes

PASSER À LA
PAGE F 8
(ASATP)

Lors de la dernière attaque grave : dire lors de votre attaque du 18 juin.
(avec symptômes intenses)

Votre cœur battait-il très vite, très fort ou de façon irrégulière?

(1) Palpitations ou accélération du rythme cardiaque (tachycardie);

Avez-vous transpiré?

(2) Transpiration;

Vous êtes-vous mis(e) à trembler ou avez-vous été pris(e) de brusques secousses?

(3) Tremblements ou secousses musculaires;

Étiez-vous essoufflé(e)? (aviez-vous de la difficulté à reprendre votre souffle?) (souffle court)

(4) Dyspnée ou sensation d'essoufflement;

Avez-vous eu l'impression que vous alliez étouffer ou suffoquer? (sensation d'étranglement)

(5) Sensation d'étouffement ou de suffocation;

Avez-vous ressenti des douleurs ou une certaine gêne (inconfort) dans la poitrine?

(6) Douleur ou gêne thoracique;

Avez-vous eu des nausées, mal au cœur, mal au ventre ou l'impression que vous alliez avoir la diarrhée?

(7) Nausée ou gêne abdominale;

Vous êtes-vous senti(e) étourdi(e) ou étiez-vous sur le point de perdre l'équilibre ou de vous évanouir? (vertiges, peur de perdre connaissance ou de tomber)

(8) Étourdissements ou impression de perdre l'équilibre ou d'être sur le point de s'évanouir;

coter 2, si la personne dit un peu, moyennement, sinon oui = 3 non = 1

? = Information
inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

Les choses qui vous entouraient vous ont-elles semblé irréelles ou vous êtes-vous senti(e) détaché(e) de ce qui vous entourait ou d'une partie de vous-même? (*déconnecté*)

(9) Dépersonnalisation ou
Déréalisation;

? 1 2 3

Avez-vous eu peur de devenir fou (folle) ou de perdre la tête (ou peur de perdre le contrôle) et de commettre un acte irréfléchi?

(10) Peur de perdre la tête ou de
sombrier dans la folie;

? 1 2 3

Avez-vous eu peur de mourir?

(11) Peur de mourir;

? 1 2 3

Avez-vous ressenti des picotements ou un engourdissement dans certaines parties du corps?

(12) Paresthésie
(sensations d'engourdissement
ou de picotements);

? 1 2 3

Avez-vous eu des bouffées de chaleur ou des frissons?

(13) Bouffées de chaleur ou frissons

? 1 2 3

AU MOINS 4 DES SYMPTÔMES
SONT COTÉS '3'

? 1 3



Sinon, ⊖ de 4 symptômes,
on peut repasser à travers
le 13 symptômes ou on

PASSER À LA
PAGE F 8
(ASATP)

J'ai demandé si elle a vécu une attaque
plus grave que celle dont on vient de parler.
Si elle a vécu autre épisode plus grave, on
répète les 13 symptômes.

nommer, 1 élément à la fois.

- Quelque temps avant la survenue de vos premières attaques de panique, preniez-vous :
 - 1) - des médicaments?
 - 2) - de la drogue?
 - 3) - des stimulants? (caféine, pilules pour maigrir)
- (Quelle quantité de café, de thé ou d'autres boissons contenant de la caféine consommiez-vous chaque jour?) très vérifier si avant de consommer une substance, il y avait des troubles paniques.
- Lorsque vous avez eu vos attaques de panique, souffriez-vous d'une maladie physique?

SI OUI : Qu'a dit votre médecin?

ds contexte de recherche,
si diagnostique d'un médecin,
on l'exclut. Sinon on garde.

- C. Les attaques de panique ne sont pas directement attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex. d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique.
- si oui pas attribuable à une substance → encercler 3.

Exemples de maladies physiques :

- hyperthyroïdie
- hyperparathyroïdie
- phéochromocytome
- troubles vestibulaires
- épilepsie
- troubles cardiaques (p.ex., arythmie, tachycardie)

ATTRIBUABLE
À UNE MAL.
PHYS. OU À
UNE INTOX.

PASSER À
LA PAGE F 8
(ASATP)

TROUBLE
ANXIEUX
PRIMAIRE

Par intoxication, on entend :

l'intoxication par le cannabis ou par un psychotrope (cocaïne, amphétamines, caféine) ou le syndrome de sevrage à la cocaïne ou à un dépressif du système nerveux central (alcool ou barbiturique).

Les symptômes peuvent se manifester durant les effets de la drogue ou lorsque y a un manque de drogue.

CONTINUER

- D. On peut écarter les troubles mentaux suivants comme causes possibles des attaques de panique :
- trouble obsessionnel-compulsif (ex., peur de la contamination),
 - état de stress post-traumatique (ex. réaction à des stimuli associés à un grave facteur de stress),
 - angoisse de séparation
 - phobie sociale (peur du jugement d'autrui)
 - trouble d'anxiété généralisée
 - phobie spécifique

TROUBLE
PANIQUE

PASSER À
LA PAGE F 8
(ASATP)

CONTINUER
À LA PAGE
SUIVANTE

TROUBLE PANIQUE AVEC AGORAPHOBIE

SI L'EXAMEN GÉNÉRAL NE FAIT PAS RESSORTIR LA PRÉSENCE D'AGORAPHOBIE :

- BIE : Y'a-t-il certaines situations (ou endroits) qui vous rendent nerveux(se) parce que vous avez peur d'avoir une attaque de panique ?

- Décrivez ce genre de situations :

SI LE SUJET NE PEUT FOURNIR D'EXEMPLE : Par exemple, est-ce que ça vous rend nerveux(se) (vous sentez-vous inconfortable) :

- d'être à plus d'une certaine distance de votre domicile ?
- de vous trouver dans des endroits pleins de monde ? (magasin bondé, cinéma, théâtre, restaurant, etc.)
- d'être dans une file d'attente ?
- d'être sur un pont ?
- d'utiliser les transports en commun ? (autobus, train ou métro)
- ou de conduire ?

- Évitez-vous ce genre de situations ?

SI NON : Dans ce genre de situations, vous sentez-vous mal à l'aise ou avez-vous l'impression que vous allez avoir une attaque de panique (détresse ou peur marquée) ?

(Devez-vous être accompagné(e) d'une personne que vous connaissez pour affronter ce genre de situations ?)

B. Présence d'agoraphobie :

(1) Peur de se trouver dans des endroits ou des situations d'où il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper ou dans lesquels le sujet pourrait ne pas trouver de secours en cas de panique inattendue ou provoquée par la situation.

Les peurs agoraphobiques correspondent habituellement à un ensemble de situations caractéristiques, comme le fait de se trouver seul hors de chez soi, d'être dans une foule ou dans une file d'attente, sur un pont ou dans un autobus, un train ou une voiture.

(2) Le sujet évite les situations agoraphobiques (p. ex. limite ses déplacements) ou bien les subit avec un sentiment de détresse marquée ou avec la peur d'avoir une attaque de panique ou encore, il a besoin d'être accompagné.

? 1 2 3

TROUBLE PANIQUE
SANS
AGORAPHOBIE

PASSER A LA
PAGE F 7
(CHRONOLOGIE)

? 1 2 3

TROUBLE PANIQUE
SANS
AGORAPHOBIE

PASSER A LA
PAGE F 7
(CHRONOLOGIE)

REMARQUE: ENVISAGER UNE PHOBIE SPÉCIFIQUE SI LA PEUR SE LIMITE À UNE OU À QUELQUES SITUATIONS PRÉCISES, OU UNE PHOBIE SOCIALE SI LA PEUR SE LIMITE AUX SITUATIONS SOCIALES

(3) On peut écarter les autres troubles mentaux suivants comme causes possibles de l'anxiété ou de l'évitement phobique :

- phobie sociale (p.ex., évite certaines situations sociales par peur d'être mal à l'aise),
- phobie spécifique (p.ex., évite des situations précises, comme l'utilisation d'un ascenseur),
- trouble obsessionnel-compulsif (p.ex., évite la saleté par peur de la contamination),
- l'état de stress post-traumatique (p.ex., évite des stimuli associés à un grave facteur de stress)
- l'angoisse de séparation (p.ex., évite de quitter la maison ou ses proches)

? 1 2 3

TROUBLE PANIQUE
SANS
AGORAPHOBIE

PASSER A LA
PAGE F 7
(CHRONOLOGIE)

LES CRITÈRES B(1), B(2) ET B(3) SONT COTÉS '3'

TROUBLE
PANIQUE
AVEC
AGORA-
PHOBIE

TROUBLE
PANIQUE
SANS
AGORAPHOBIE

CONTINUER
À LA PAGE
SUIVANTE

CHRONOLOGIE DU TROUBLE PANIQUE

- **DANS LE DOUTE :** Combien d'attaques de panique avez-vous eues au cours des 6 derniers mois?

Le sujet a répondu aux critères du trouble panique au cours du dernier mois, c'est-à-dire qu'il a eu des attaques de panique soudaines et répétées.

? 1 3

INDIQUER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DU TROUBLE :

1. Léger : Peu ou aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur le plan social ou professionnel.
2. Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
3. Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS)

SI LE SUJET NE RÉPOND PAS COMPLÈTEMENT (OU PAS DU TOUT) AUX CRITÈRES DU TROUBLE PANIQUE DANS LES 6 DERNIERS MOIS :

4. En rémission partielle : Le sujet a déjà répondu à tous les critères du trouble panique mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent.
5. En rémission totale : Les signes et les symptômes ont disparu, mais il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble - par exemple, chez une personne ayant déjà eu des épisodes de trouble panique, mais prenant des antidépresseurs et n'ayant éprouvé aucun symptôme depuis trois ans.
6. Antécédents de trouble panique : Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli.

Quand avez-vous éprouvé ... (SYMPTÔMES DU TROUBLE PANIQUE) pour la dernière fois ?

Nombre de mois écoulés depuis les derniers symptômes du trouble panique : _____

ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE PANIQUE

Quel âge aviez-vous lors de votre première attaque de panique?

Âge de survenue du trouble panique : _____
(SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

PASSER À LA
PAGE F.13
(PHOBIE SOCIALE)

? = Information
inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

AGORAPHOBIE SANS ANTÉCÉDENT DE TROUBLE PANIQUE (ASATP)

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

A. Présence d'agoraphobie :

? 1 2 3

Vous est-il déjà arrivé d'avoir peur :

- De sortir seul(e),
- d'être dans une foule ou une file d'attente,
- de prendre l'autobus ou le train?

Que craigniez-vous?

(1) Peur de se trouver dans des endroits ou des situations d'ou il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper ou dans lesquels le sujet pourrait ne pas trouver de secours en cas de symptômes rappelant ceux d'une attaque de panique (p.ex., étourdissements, diarrhée). Les peurs agoraphobiques correspondent habituellement à un ensemble de situations caractéristiques, comme le fait de se trouver seul hors de chez soi, d'être dans une foule ou dans une file d'attente, sur un pont ou dans un autobus, un train ou une voiture.

PASSER À LA
PAGE F 13
(PHOBIE SOCIALE)

si doute,
on peut très possible-
ment m si la pers n nous répond non.

COCHER LES SYMPTÔMES QUE LE SUJET REDOUTE :

Une crise de panique (avec moins de 4 symptômes): _____

Étourdissement ou chute : _____

Dépersonnalisation ou déréalisation : _____

Perte de la maîtrise sphinctérienne, vésicale ou intestinale : _____

Vomissement : _____

Peur d'avoir une crise cardiaque : _____

Autre (préciser) : _____

• Évitez-vous ces situations?

SI NON: Dans ces situations, vous sentez-vous très mal à l'aise ou avez-vous l'impression que vous allez avoir une attaque de panique?

(Devez-vous être accompagné(e) d'une personne que vous connaissez pour affronter ce genre de situation?)

(2) Le sujet évite les situations agoraphobiques (p.ex. limite ses déplacements) ou bien les subit avec un sentiment de détresse marquée ou avec la peur d'éprouver des symptômes évoquant une attaque de panique ou encore, il a besoin d'être accompagné.

? 1 2 3

PASSER À LA
PAGE F 13
(PHOBIE SOCIALE)

REMARQUE :

ENVISAGER UNE PHOBIE SPÉCIFIQUE SI LA PEUR SE LIMITE À UNE OU À QUELQUES SITUATIONS SOCIALES PRÉCISES, OU UNE PHOBIE SOCIALE SI LA PEUR SE LIMITE AUX SITUATIONS SOCIALES

(3) On peut écarter les troubles mentaux suivants comme causes possibles de l'anxiété ou de l'évitement phobique:

? 1 2 3

- phobie sociale (p.ex., évite certaines situations sociales par peur d'être mal à l'aise),
- phobie spécifique (p.ex., évite des situations précises, comme l'utilisation d'un ascenseur),
- trouble obsessionnel-compulsif (p.ex., évite la saleté par peur de contamination),
- état de stress post-traumatique (p.ex., évite des stimuli associés à un grave facteur de stress)
- angoisse de séparation (p.ex., évite de quitter la maison ou ses proches)

PASSER À LA
PAGE F 13
(PHOBIE SOCIALE)

LES CRITÈRES A(1), A(2) ET A(3)
SONT COTÉS '3'

? 1 3

PASSER À LA
PAGE F 13
(PHOBIE SOCIALE)

- Quelque temps avant la survenue de ce genre de peurs, preniez-vous :
 - des médicaments?
 - de la caféine?
 - des pilules pour maigrir?
 - ou de la drogue?

(Quelle quantité de café, de thé ou d'autres boissons contenant de la caféine consommez-vous chaque jour?)

Lorsque vous avez commencé à éprouver ce genre de peurs, souffriez-vous d'une maladie physique?

SI OUI : Qu'a dit votre médecin?

- C. Les peurs ne sont pas directement attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique.

Par intoxication, on entend :

l'intoxication par le cannabis, par un hallucinogène, par le PCP, par l'alcool ou par un psychotonique (cocaïne, amphétamines, caféine) ou le syndrome de sevrage à la cocaïne ou à un dépresseur du S.N.C. (alcool, sédatif ou hypnotique).

ATTRIBUABLE
À UNE MAL
PHYS. OU À
UNE INTOX.

PASSER À
LA PAGE F13
(PHOBIE
SOCIALE)

TROUBLE
ANXIEUX
PRIMAIRE

Exemples de maladies physiques :

- hyperthyroïdie, hypothyroïdie
- hyperparathyroïdie, hypoglycémie, phéochromocytome,
- insuffisance cardiaque, arythmies,
- embolie pulmonaire,
- bronchopneumopathie chronique obstructive,
- pneumonie, hyperventilation,
- carence en vitamine B12,
- porphyrie, tumeurs du S.N.C.,
- troubles vestibulaires, encéphalite.

- D. S'il existe une maladie physique concomitante, les peurs décrites en A sont de toute évidence plus prononcées que celles habituellement associées à cette maladie.

PASSER A LA
PAGE F 13
(PHOBIE
SOCIALE)

**AGORAPHOBIE
SANS
ANTÉCÉDENT
DE TROUBLE
PANIQUE**

CONTINUER
À LA PAGE
SUIVANTE

? = Information
inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

CHRONOLOGIE DE L'AGORAPHOBIE SANS ANTÉCÉDENT DE TROUBLE PANIQUE

DANS LE DOUTE : Au cours des 6 derniers mois avez-vous évité...? (NOMMER LES SITUATIONS PHOBOGÈNES).

Les symptômes éprouvés par le sujet au cours du dernier mois satisfont aux critères de l'agoraphobie sans antécédent de trouble panique

| | | |
|---|---|---|
| ? | 1 | 3 |
| : | : | : |
| : | : | : |
| : | : | : |
| : | : | : |
| : | : | : |

INDIQUER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DU TROUBLE :

1. Léger : Peu ou aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur la plan social ou professionnel.
2. Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
3. Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS)

SI LE SUJET NE RÉPOND PAS COMPLÈTEMENT (OU PAS DU TOUT) AUX CRITÈRES D'AGORAPHOBIE SANS ANTÉCÉDENT DE TROUBLE PANIQUE :

4. En rémission partielle : Le sujet a déjà répondu à tous les critères d'agoraphobie sans antécédent de trouble panique mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent.
5. En rémission totale : Les signes et les symptômes ont disparu, mais il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble - par exemple, chez une personne ayant déjà eu des épisodes d'agoraphobie sans antécédent de trouble panique, mais prenant des antidépresseurs et n'ayant éprouvé aucun symptôme depuis trois ans.
6. Antécédents d'agoraphobie sans antécédent de trouble panique : Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli.

Quand avez-vous éprouvé ... (SYMPTÔMES ASATP) pour la dernière fois?

Nombre de mois écoulés depuis les derniers symptômes d'agoraphobie sans antécédent de trouble panique : _____

ÂGE DE SURVENUE DE L'AGORAPHOBIE SANS ANTÉCÉDENT DE TROUBLE PANIQUE

Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à ...? (symptômes ASATP)

Âge de survenue de l'agoraphobie sans antécédent de trouble panique : _____
(SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

CONTINUER
À LA PAGE
SUIVANTE

? = Information
inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

Pensez-vous que votre peur était exagérée ou injustifiée?

C. Le sujet reconnaît la nature excessive ou irrationnelle de sa peur.

? 1 2 3

Remarque : Cette caractéristique peut être absente chez les enfants.

PASSER À LA
PAGE F 18
(PHOBIE
SPÉCIFIQUE)

SI LA RÉPONSE N'EST PAS CLAIRE :

Faisiez-vous des efforts particuliers pour éviter ... ?

D. La ou les situations phobogènes sont évitées; sinon, elles sont vécues avec une grande anxiété.

? 1 2 3

SI NON: Quelle difficulté cela représentait-il pour vous de ...? (PHOBIE SOCIALE)

PASSER À LA
PAGE F 18
(PHOBIE
SPÉCIFIQUE)

SI L'IMPORTANCE DES PEURS N'EST PAS ÉVIDENTE : À quel point cette peur vous empêchait-elle de vivre une vie normale?

E. La conduite d'évitement, la peur anticipée ou la détresse éprouvée au cours des situations phobogènes interfèrent de façon marquée avec les activités habituelles du sujet ou avec son rendement professionnel (ou scolaire), ses activités sociales ou ses relations avec autrui, ou il existe un sentiment important de détresse à l'idée d'avoir ce genre de peurs.

? 1 2 3

SI LE SUJET PEUT QUAND MÊME VIVRE UNE VIE NORMALE : À quel point cela vous a-t-il dérangé(e) d'avoir ce genre de peurs?

PASSER À LA
PAGE F 18
(PHOBIE
SPÉCIFIQUE)

SI LE SUJET EST ÂGÉ DE MOINS DE 18 ANS : Depuis combien de temps éprouvez-vous ce genre de peurs?

F. Sujets de moins de 18 ans : les peurs existent depuis au moins 6 mois.

? 1 2 3

PASSER À LA
PAGE F 18
(PHOBIE
SPÉCIFIQUE)

PHOBIE SOCIALE

CRITÈRES
DIAGNOSTIQUES

- Y'a-t-il des choses que vous avez peur de faire en public ou que vous n'osez pas faire comme parler, manger ou écrire?

Pourriez-vous me décrire ce genre de situations?

Qu'est-ce qui vous faisait peur quand ...?

SI LE SUJET A SEULEMENT PEUR DE PARLER EN PUBLIC : Pensez-vous que vous êtes plus mal à l'aise que la plupart des gens dans une telle situation?

- A. Peur marquée et persistante d'une ou de plusieurs situations publiques ou sociales dans lesquelles le sujet est en contact avec des gens qu'il ne connaît pas ou est exposé à l'éventuelle attention d'autrui, et dans lesquelles il craint d'agir de façon humiliante ou embarrassante (ou de montrer des signes d'anxiété).

SITUATIONS PHOBOGÈNES :
(Cocher)

Parler en public : _____

Manger en présence d'autrui : _____

Écrire en présence d'autrui : _____

Général (la plupart des situations sociales) : _____

Autres (préciser) : _____

Remarque : Les adolescents doivent pouvoir entretenir des relations sociales avec leurs proches : l'anxiété doit se manifester non seulement en présence d'adultes, mais aussi en présence de jeunes du même âge.

? 1 2 3

PASSER À LA
PAGE F 18
(PHOBIE
SPÉCIFIQUE)

Avez-vous toujours éprouvé de l'anxiété lorsque vous deviez ...? (NOMMER LA SITUATION PHOBOGÈNE)

- B. L'exposition au(x) stimulus(li) phobogène(s) provoque presque toujours de l'anxiété; celle-ci peut prendre l'aspect d'une attaque de panique provoquée ou favorisée par une situation donnée.

Remarque : Chez l'enfant, l'anxiété peut se manifester par des pleurs, des crises, une attitude figée ou la fuite.

? 1 2 3

PASSER À LA
PAGE F 18
(PHOBIE
SPÉCIFIQUE)

Quelque temps avant l'apparition de ce genre de peurs, preniez-vous :

- des médicaments?
- de la caféine?
- des pilules pour maigrir?
- ou de la drogue?

(Quelle quantité de café, de thé ou d'autres boissons contenant de la caféine consommiez-vous chaque jour?)

Lorsque vous avez commencé à éprouver ce genre de peurs, souffriez-vous d'une maladie physique?

SI OUI : Qu'a dit votre médecin?

- C. Les peurs ou la conduite d'évitement ne sont pas directement attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique.

Par intoxication, on entend :

l'intoxication par le cannabis, par un hallucinogène, par le PCP, par l'alcool ou par un psychotrope (cocaïne, amphétamines, caféine) ou le syndrome de sevrage à la cocaïne ou à un dépresneur du S.N.C. (alcool, sédatif ou hypnotique).

Exemples de maladies physiques :

- hyperthyroïdie, hypothyroïdie,
- hypoglycémie,
- hyperparathyroïdie,
- phéochromocytome,
- insuffisance cardiaque, arythmies,
- embolie pulmonaire,
- bronchopneumopathie chronique obstructive,
- pneumonie, hyperventilation,
- carence en vitamine B12,
- porphyrie, tumeurs du S.N.C.,
- troubles vestibulaires
- encéphalite.

De plus, on peut écarter les troubles mentaux suivants comme causes possibles des peurs éprouvées :

- trouble panique sans antécédent d'agoraphobie,
- angoisse de séparation,
- peur de dysmorphie corporelle,
- troubles envahissant du développement
- personnalité schizoïde

| ? | 1 | 3 |
|---|---|---|
| ? | 1 | 3 |
| ? | 1 | 3 |
| ? | 1 | 3 |
| ? | 1 | 3 |
| ? | 1 | 3 |
| ? | 1 | 3 |
| ? | 1 | 3 |
| ? | 1 | 3 |
| ? | 1 | 3 |
| ? | 1 | 3 |

ATTRIBU-
ABLE À UNE
MAL. PHYS.
OU À UNE
INTOX.

PASSER À
LA PAGE F18
(PHOBIE
SPÉCIFIQUE)

TROUBLE
ANXIEUX
PRIMAIRE

CONTINUER

| ? | 1 | 3 |
|---|---|---|
| ? | 1 | 3 |
| ? | 1 | 3 |
| ? | 1 | 3 |
| ? | 1 | 3 |
| ? | 1 | 3 |
| ? | 1 | 3 |
| ? | 1 | 3 |
| ? | 1 | 3 |
| ? | 1 | 3 |
| ? | 1 | 3 |

PASSER À LA
PAGE F 18
(PHOBIE
SPÉCIFIQUE)

SI LE DIAGNOSTIC N'EST PAS ENCORE
ÉVIDENT : REVENIR À LA PRÉSENTE
SECTION UNE FOIS L'INTERROGA-
TOIRE TERMINÉ

- | | ? | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|
| H. S'il existe une maladie physique ou un autre trouble mental, la peur décrite en A n'y est pas reliée, p.ex. il ne s'agit pas de: | | | | |
| - la peur de bégayer ou de trembler (chez un sujet atteint de la maladie de Parkinson) | | | | |
| - la peur de révéler un comportement alimentaire anormal (chez les sujets atteints d'anorexie mentale ou de boulimie) | | | | |

PASSER À LA
PAGE F 18
(PHOBIE
SPÉCIFIQUE)

LES CRITÈRES A, B, C, D, E, F, G
ET H DE LA PHOBIE SOCIALE
SONT COTÉS «3».

PHOBIE
SOCIALE

PASSER À LA
PAGE F. 18
(PHOBIE
SPÉCIFIQUE)

CONTINUER
À LA PAGE
SUIVANTE

CHRONOLOGIE DE LA PHOBIE SOCIALE

DANS LE DOUTE : Au cours des 6 derniers mois est-ce que cela vous a dérangé de devoir (SITUATIONS PHOBOGÈNES).

Le sujet a répondu aux critères diagnostiques de la phobie sociale au cours du dernier mois.

? 1 3

INDIQUER LE DÉGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DU TROUBLE :

1. Léger : Peu ou aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur la plan social ou professionnel.
2. Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
3. Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS)

SI LE SUJET NE RÉPOND PAS COMPLÈTEMENT (OU PAS DU TOUT) AUX CRITÈRES DE PHOBIE SOCIALE :

4. En rémission partielle : Le sujet a déjà répondu à tous les critères de la phobie sociale mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent.
5. En rémission totale : Les signes et les symptômes ont disparu, mais il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble - par exemple, chez une personne ayant déjà eu des épisodes de phobie sociale dans le passé, mais prenant un anxiolytique et n'ayant éprouvé aucun symptôme depuis trois ans.
6. Antécédents de phobie sociale : Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli.

Quand avez-vous éprouvé (SYMPTÔMES DE PHOBIE SOCIALE) pour la dernière fois?

Nombre de mois écoulés depuis les derniers symptômes de la phobie sociale : _____

ÂGE DE SURVENUE DE LA PHOBIE SOCIALE

Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à ...? (SYMPTÔMES DE PHOBIE SOCIALE)

Âge de survenue de la phobie sociale: _____
(SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

CONTINUER
À LA PAGE F.18
(PHOBIE
SPÉCIFIQUE)

? = Information
inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

PHOBIE SPÉCIFIQUE**CRITÈRES
DIAGNOSTIQUES**

Y'a-t-il des choses qui vous ont effrayé(e) ou qui vous effraient particulièrement, comme :

- les voyages en avion?
- la vue du sang?
- les piqûres?
- les hauteurs?
- les espaces clos?
- ou certains animaux ou insectes?

Expliquez-moi en quoi consistent vos peurs.

Que craignez-vous qu'il se produise quand vous ...? (SITUATION PHOBOGÈNE)

Avez-vous toujours ressenti de la peur quand ...? (SITUATION PHOBOGÈNE)

- A. Le sujet éprouve une peur marquée et persistante, excessive et irrationnelle, suscitée par la vue d'un objet ou l'anticipation d'une situation en particulier (p.ex., déplacements en avion, hauteurs, animaux, injections, vue du sang)

? 1 2 3

PASSER À LA
PAGE F 22
(TROUBLE
OBSESSIF-
COMPULSIF)

- B. L'exposition aux stimuli phobogènes provoque, de façon quasi systématique, une réaction anxieuse immédiate, qui peut prendre la forme d'une attaque de panique provoquée ou favorisée par une situation dans laquelle se trouve le sujet.

? 1 2 3

Remarque : Chez l'enfant, l'anxiété peut se manifester par des pleurs, des crises, une attitude figée ou l'enfant peut avoir tendance à s'accrocher à quelqu'un d'autre.

PASSER À LA
PAGE F 22
(TROUBLE
OBSESSIF-
COMPULSIF)

Pensez-vous que votre peur était exagérée ou injustifiée?

- C. Le sujet reconnaît la nature excessive ou irrationnelle de sa peur.

? 1 2 3

Remarque : Cette caractéristique peut être absente chez l'enfant.

PASSER À LA
PAGE F 22
(TROUBLE
OBSESSIF-
COMPULSIF)

? = Information
inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

Faisiez-vous des efforts particuliers pour éviter ...? (SITUATION PHOBOGÈNE)

(Y'a-t-il des choses que vous évitiez de faire mais que vous auriez faites, n'eut été de cette peur?)

SI NON : À quel point éprouvez-vous (ou avez-vous éprouvé) de la difficulté à ...? (SITUATION PHOBOGÈNE)

SI L'IMPORTANCE DE LA PEUR N'EST PAS ÉVIDENTE : À quel point ... (LA PHOBIE) vous a-t-elle empêché de vivre une vie normale?

(Y'a-t-il des choses que vous avez évitées parce que vous aviez peur de ... ?) (SITUATION PHOBOGÈNE)

SI LE SUJET PEUT QUAND MÊME VIVRE UNE VIE NORMALE : Dans quelle mesure cela vous a-t-il dérangé(e) d'avoir peur de ...? (SITUATION PHOBOGÈNE)

SI LE SUJET A MOINS DE 18 ANS : Depuis combien de temps éprouvez-vous ce genre de peurs?

D. L'objet ou la situation phobogène sont évités ou vécus avec beaucoup d'anxiété ou de détresse.

? 1 2 3

PASSER À LA
PAGE F 22
(TROUBLE
OBSESSIF-
COMPULSIF)

E. La conduite d'évitement, la peur anticipée ou la détresse éprouvée au cours des situations phobogènes interfèrent de façon marquée avec les activités habituelles du sujet ou avec son rendement professionnel (ou scolaire), ses activités sociales ou ses relations avec autrui, ou il existe un sentiment important de détresse à l'idée d'avoir ce genre de peurs.

? 1 2 3

PASSER À LA
PAGE F 22
(TROUBLE
OBSESSIF-
COMPULSIF)

F. Sujets de moins de 18 ans : les peurs existent depuis 6 mois au moins..

? 1 2 3

PASSER À LA
PAGE F 22
(TROUBLE
OBSESSIF-
COMPULSIF)

SI LE DIAGNOSTIC N'EST PAS ENCORE ÉVIDENT, REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION APRÈS AVOIR TERMINÉ LES SECTIONS SUR L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ET SUR LE TROUBLE OBSESSIF-COMPULSIF

G. On peut écarter les autres troubles mentaux comme causes possibles de l'anxiété, des attaques panique ou de l'évitement phobique associés à un objet ou à une situation en particulier, soit :

- le trouble obsessionnel-compulsif,
- l'état de stress post-traumatique
- l'angoisse de séparation
- la phobie sociale
- le trouble panique avec agoraphobie
- ou l'agoraphobie sans antécédent de trouble panique.

PASSER À LA
PAGE F 22
(TROUBLE
OBSESSIF-
COMPULSIF)

LES CRITÈRES A, B, C, D, E, F ET G DE LA PHOBIE SPÉCIFIQUE SONT COTÉS 3.

PASSER À LA
PAGE F 22
(TROUBLE
OBSESSIF-
COMPULSIF)

PHOBIE
SPÉCIFIQUE

CONTINUER

COCHER LE TYPE DE PHOBIE :
(Cocher tous ceux qui s'appliquent)

Phobie de certains animaux (y compris les insectes) _____

Phobie liée à l'environnement (orages, hauteurs, eau) _____

Phobie liée au sang, aux plaies ou aux piqûres (y compris la vue du sang ou d'une plaie ou la peur des injections ou des interventions invasives) _____

Phobie liée à une situation spécifique (transports en commun, tunnels, ponts, ascenseurs, voyages en avion, conduite automobile, espaces clos) _____

Autres types de phobie (p.ex., peur de situations au cours desquelles le sujet pourrait s'étouffer, vomir ou contracter une maladie) _____

Préciser : _____

? = Information
inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

CHRONOLOGIE DE LA PHOBIE SPÉCIFIQUE

DANS LE DOUTE : Au cours des 6 derniers mois, la peur de ... (PHOBIE) vous a-t-elle dérangé(e) ?

Le sujet a répondu aux critères diagnostiques de la phobie spécifique au cours du dernier mois.

? 1 3
: : :
: : :
: : :

INDIQUER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DU TROUBLE :

1. Léger : Peu ou aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur la plan social ou professionnel.
2. Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
3. Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS)

SI LE SUJET NE RÉPOND PAS COMPLÈTEMENT (OU PAS DU TOUT) AUX CRITÈRES DE LA PHOBIE SPÉCIFIQUE :

4. En rémission partielle : Le sujet a déjà répondu à tous les critères de la phobie spécifique mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent.
5. En rémission totale : Les signes et les symptômes ont disparu, mais il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble - par exemple, chez une personne ayant déjà eu des épisodes de phobie spécifique dans le passé, mais prenant un anxiolytique et n'ayant éprouvé aucun symptôme depuis trois ans.
6. Antécédents de phobie spécifique : Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli.

Quand avez-vous éprouvé ... (SYMPTÔMES DE PHOBIE SPÉCIFIQUE) pour la dernière fois?

Nombre de mois écoulés depuis les derniers symptômes de phobie spécifique : _____

ÂGE DE SURVENUE DE LA PHOBIE SPÉCIFIQUE

Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à ...? (PHOBIE)

Âge de survenue de la phobie spécifique : _____
(SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

CONTINUER À
LA PAGE F 22
(TROUBLE
OBSESSIF-
COMPULSIF)

TROUBLE OBSESSIF- COMPULSIF (TOC)

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

A. Soit des obsessions ou des compulsions.

Obsessions, définies par les critères (1), (2), (3) et (4) :

Vous est-il déjà arrivé d'avoir des pensées absurdes qui vous revenaient sans cesse à l'esprit même si vous essayiez de les chasser?
(p.ex. images, scénarios, verbalisations internes qui sont envahissantes, ne font pas de sens et qui sont difficiles à contrôler)

(Quelles sortes de pensées ?)

SI LE SUJET N'EST PAS CERTAIN D'AVOIR COMPRIS LA QUESTION : Par exemple :

- avoir l'idée de faire du mal à quelqu'un sans le vouloir vraiment
- être obsédé par la peur des microbes ou de la saleté.

Quand vous aviez ces pensées, vous efforciez-vous de les chasser de votre esprit?

(Comment faisiez-vous?)

DANS LE DOUTE : D'où vous venaient ces pensées obsédantes, à votre avis?

(1) Pensées, impulsions ou représentations récurrentes et persistantes, qui à un moment ou à un autre sont ressenties comme faisant intrusion dans la conscience du sujet, sont éprouvées comme étant absurdes et lui causent beaucoup d'anxiété et de détresse.

(2) Les pensées, impulsions ou représentations ne sont pas simplement des inquiétudes excessives concernant des difficultés réelles.

(3) Le sujet essaie d'ignorer ou de réprimer ces pensées ou de les neutraliser par d'autres pensées ou d'autres actions.

(4) Le sujet reconnaît que les pensées, les impulsions ou les représentations obsédantes sont le produit de ses propres pensées, qu'elles ne lui sont pas imposées de l'extérieur, comme dans certaines idées délirantes.

? 1 2 3

? 1 2 3

? 1 2 3

? 1 2 3

OBSESSIONS

PAS D'OBSESSIONS
PASSER À LA PAGE
SUIVANTE

INDIQUER EN QUOI CONSISTENT LA OU LES OBSESSIONS :

? = Information
inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

COMPULSIONS

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

Vous est-il déjà arrivé de vous sentir obligé(e) d'accomplir sans cesse les mêmes gestes, et/ou exercices mentaux comme :

- vous laver les mains à plusieurs reprises?
- compter jusqu'à un certain nombre?
- ou vérifier la même chose encore et encore pour vous assurer que vous l'aviez bien faite?
- autres?

Vous sentiez-vous obligé(e) de le faire?

DANS LE DOUTE : pourquoi vous sentiez-vous obligé(e) de ...? (GESTE COMPULSIF)

Quelles auraient été les conséquences si vous n'aviez pas pu le faire?

DANS LE DOUTE : Combien de fois faites-vous ou faisiez-vous ...? (COMPULSION)

Combien de temps par jour y consacriez-vous?

Compulsions, définies par les critères (1) et (2) :

(1) Des gestes (p.ex., se laver les mains, remettre en place certains objets, vérifier quelque chose) ou des exercices mentaux répétitifs (p.ex., prier, compter, répéter certains mots mentalement) que le sujet se sent obligé de faire en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être observées à la lettre.

(2) Les gestes ou les exercices mentaux en question visent à prévenir ou réduire un sentiment de détresse ou à prévenir un événement ou une situation redoutés; pourtant ils ne sont pas liés de façon réaliste à ce qu'ils sont présumés neutraliser ou prévenir ou bien ils sont manifestement excessifs.

? 1 2 3

? 1 2 3

COMPULSIONS

DÉCRIRE LA OU LES COMPULSIONS :

PASSER À LA PAGE F.24

CONFIRMATION DES OBSESSIONS OU DES COMPULSIONS

SI LE SUJET NE SOUFFRE NI D'OBSESSIONS, NI DE COMPULSIONS, COCHER DANS L'ESPACE PRÉVU CI-CONTRE ET PASSER À LA PAGE F. 28 (ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE).

SI LE SUJET SOUFFRE D'OBSESSIONS, DE COMPULSIONS OU DES DEUX À LA FOIS, CONTINUER CI-DESSOUS.

Avez-vous pensé à (L'IDÉE OBSÉDANTE) et/ou fait ... (L'ACTIVITÉ COMPULSIVE) plus que vous ne l'auriez dû ou plus qu'il ne vous paraissait raisonnable?

SI NON: Au début, quand vous avez commencé à avoir ce genre de comportement, est-ce que ça vous a paru excessif ou absurde ? (i.e. insensé et/ou répété de façon exagérée)

B. À un moment ou à un autre pendant l'évolution du trouble, le sujet a reconnu que son comportement était excessif ou absurde.

Cocher ici _____ si le sujet fait preuve de peu de discernement, c'est-à-dire si, la plupart du temps, pendant le présent épisode, il ne reconnaît pas que ses obsessions ou que ses compulsions sont excessives ou absurdes.

? 1 2 3

PASSER À LA
PAGE F 28
(ÉTAT DE
STRESS POST-
TRAUMATIQUE)

• Quelles ont été les répercussions de ... (OBSESSION OU COMPULSION) dans votre vie?

Est-ce que ça vous a beaucoup importuné(e) de ...? (OBSESSION OU COMPULSION)

Combien de temps passez-vous à ...? (OBSESSION OU COMPULSION)

C. Les obsessions ou compulsions :

- causent des sentiments marqués de détresse,
- occasionnent une perte de temps considérable (plus d'une heure par jour)
- ou interfèrent de façon significative avec les activités quotidiennes du sujet (fonctionnement professionnel, activités ou relations sociales habituelles).

? 1 2 3

PASSER À LA
PAGE F 28
(ÉTAT DE
STRESS POST-
TRAUMATIQUE)

SI LE DIAGNOSTIC N'EST PAS ENCORE ÉVIDENT, REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION UNE FOIS L'ENTREVUE TERMINÉE

D. En présence d'un autre trouble de l'axe I, le contenu de l'obsession ou de la compulsion ne se résume pas à celui de l'autre trouble, par exemple

- obsession de la nourriture en cas de trouble de l'alimentation;
- obsession de la drogue en cas de trouble lié à l'utilisation de psychotropes;
- obsessions concernant l'apparence en cas de dysmorphophobie;
- peur obsédante d'avoir une maladie grave en cas d'hypochondrie;
- sentiment de culpabilité obsédant en cas d'épisode dépressif majeur;
- compulsion à s'arracher les cheveux en cas de trichotillomanie

? 1 2 3

PASSER À LA
PAGE F 28
(ÉTAT DE
STRESS POST-
TRAUMATIQUE)

Lorsque votre ... (OBSESSION OU COMPULSION) a commencé, preniez-vous des médicaments ou de la drogue ?

E. L'obsession ou la compulsion n'est pas directement attribuable aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique

? 1 3

Lorsque votre ... (OBSESSION OU COMPULSION) a commencé, souffriez-vous d'une maladie physique ?

ATTRIBU-
ABLE À UNE
MAL. PHYS.
OU À UNE
INTOX.

SI OUI : Qu'a dit le médecin ?

Exemples de maladies physiques :
certaines tumeurs du S.N.C

PASSER À LA
PAGE F 28
(ESPT)

Par intoxication, on entend :
l'intoxication par un psychotrope
(cocaïne, amphétamines).

TROUBLE
ANXIEUX
PRIMAIRE

LES CRITÈRES A, B, C, D et E DU TROUBLE
OBSESSIF-COMPULSIF SONT COTÉS 3.

1 3

TROUBLE
OBSESSIF-
COMPULSIF

PASSER À
LA PAGE
F.28 (ESPT)

CONTINUER
À LA PAGE
SUIVANTE

CHRONOLOGIE DU TROUBLE OBSESSIF-COMPULSIF

- **DANS LE DOUTE :** Durant les 6 derniers mois, le fait de ... (OBSESSION OU COMPULSION) a-t-il eu des répercussions dans votre vie ou vous a-t-il beaucoup importuné(e) ?

Les symptômes éprouvés par le sujet au cours du dernier mois satisfont aux critères du trouble obsessionnel-compulsif.

? 1 3

INDIQUER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DU TROUBLE :

1. Léger : Peu ou aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur le plan social ou professionnel.
2. Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
3. Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS)

SI LE SUJET NE RÉPOND PAS COMPLÈTEMENT (OU PAS DU TOUT) AUX CRITÈRES DU TROUBLE OBSESSIF-COMPULSIF:

4. En rémission partielle : Le sujet a déjà répondu à tous les critères du trouble obsessionnel-compulsif mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent.
5. En rémission totale : Les signes et les symptômes ont disparu, mais il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble - par exemple, chez une personne ayant déjà eu des épisodes de trouble obsessionnel-compulsif dans le passé, mais prenant un ISRS et n'ayant éprouvé aucun symptôme depuis trois ans.
6. Antécédents de trouble obsessionnel-compulsif : Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli.

- **Quand avez-vous éprouvé ... (SYMPTÔMES DU TROUBLE OBSESSIF-COMPULSIF) pour la dernière fois?**

Nombre de mois écoulés depuis les derniers symptômes du trouble obsessionnel-compulsif : _____

ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE OBSESSIF-COMPULSIF

- **Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à ...? (OBSESSION OU COMPULSION)**

Âge de survenue du trouble obsessionnel-compulsif : _____
(SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

CONTINUER À
LA PAGE F.28
(ESPT)

? = Information
inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

F2 - LISTE DES OBSESSIONS ET DES COMPULSIONS

ÉVALUATEUR : _____

DATE : _____

Jour

Mois

20

Année

Veillez indiquer tous les symptômes, mais indiquer ceux qui sont les symptômes principaux avec « P », et ceux qui peuvent être reliés à d'autres troubles (p. ex. : Phobie simple, Hypochondrie, etc.) avec « ? ».

| OBSESSIONS À THÈME AGRESSIF | | Actuel | Passé |
|-----------------------------|---|--------|-------|
| 1. | Peur de se faire mal. | | |
| 2. | Peur de faire du mal aux autres. | | |
| 3. | Images de violence ou d'horreur. | | |
| 4. | Peur de laisse échapper des obscénités ou des insultes. | | |
| 5. | Peur de faire quelque chose qui met dans l'embarras.* | | |
| 6. | Peur d'agir sous des impulsions non voulues par exemple, poignarder un ami. | | |
| 7. | Peur de voler (une banque, à l'étalage, d'être malhonnête avec une caissière). | | |
| 8. | Peur de faire du mal aux autres à cause d'un manque d'attention ou de prudence (par exemple, la compagnie va faire faillite à cause du patient, frapper un piéton en conduisant). | | |
| 9. | Peur d'être responsable que quelque chose de terrible puisse arriver (par exemple, le feu, un cambriolage, la mort ou la maladie d'un parent ou d'un ami). | | |
| 10. | Autres (précisez) : | | |

| OBSESSIONS DE CONTAMINATION | | Actuel | Passé |
|-----------------------------|---|--------|-------|
| 11. | Préoccupation ou dégoût lié aux déchets ou aux sécrétions corporelles (par exemple, l'urine, les selles, la salive). | | |
| 12. | Préoccupation liée à la saleté ou aux microbes. | | |
| 13. | Préoccupation excessive liée aux éléments contaminants dans l'environnement (par exemple, l'amiante, les radiations, les déchets toxiques). | | |
| 14. | Préoccupation excessive liée aux éléments touchant la maison (par exemple, les détergents, les solvants). | | |
| 15. | Préoccupation excessive avec les animaux (par exemple insectes). | | |
| 16. | Perturbé(e) par les substances collantes ou poisseuses. | | |
| 17. | Préoccupation liée à l'idée d'être malade à cause de la contamination. | | |
| 18. | Aucune préoccupation pour la contamination sauf pour la sensation physique. | | |
| 19. | Préoccupation liée à l'idée de provoquer une maladie chez les autres par la contamination excessive (agressivité). | | |
| 20. | Autres (précisez) : | | |

* Pas nécessairement un symptôme du Trouble Obsessionnel-Compulsif

| OBSESSIONS SEXUELLES | | Actuel | Passé |
|----------------------|---|--------|-------|
| 21. | Impulsions, images ou pensées perverses ou interdites à propos de la sexualité. | | |
| 22. | Le contenu a trait à des enfants ou à l'inceste. | | |
| 23. | Le contenu a trait à des animaux. | | |
| 24. | Le contenu a trait à l'homosexualité.* | | |
| 25. | Comportement sexuel envers les autres (agressivité).* | | |
| 26. | Autres (précisez) : | | |

| OBSESSIONS DE COLLECTION, D'ACCUMULATION | | Actuel | Passé |
|--|--------------|--------|-------|
| 27. | (précisez) : | | |

| OBSESSIONS RELIGIEUSES (Scrupulosité) | | Actuel | Passé |
|---------------------------------------|--|--------|-------|
| 28. | Préoccupation avec le sacrilège et le blasphème. | | |
| 29. | Préoccupation excessive avec la moralité. | | |
| 30. | (précisez) : | | |

| OBSESSIONS DE SYMÉTRIE, D'EXACTITUDE, D'ORDRE | | Actuel | Passé |
|---|---|--------|-------|
| 31. | Accompagné de la pensée magique (par exemple un accident peut arriver si les choses ne sont pas bien placées) | | |
| 32. | Sans la pensée magique. | | |
| 33. | (précisez) : | | |

| OBSESSIONS DIVERSES | | Actuel | Passé |
|---------------------|---|--------|-------|
| 34. | Besoin de savoir ou de se souvenir. | | |
| 35. | Peur de dire certaines choses. | | |
| 36. | Peur de ne pas dire exactement ce qu'il faut. | | |
| 37. | Peur d'égarer les choses. | | |
| 38. | Images parasites (neutres). | | |
| 39. | Dérangé(e) par certains bruits ou mots.* | | |
| 40. | Sons, mots ou musiques parasites et dénués de sens. | | |
| 41. | Nombres qui portent bonheur ou non. | | |
| 42. | Attribution de significations spéciales aux couleurs. | | |
| 43. | Peurs superstitieuses. | | |
| 44. | Autres (précisez) : | | |

* Pas nécessairement un symptôme du Trouble Obsessionnel-Compulsif

| OBSESSIONS COMPULSIONS SOMATIQUES | | Actuel | Passé |
|-----------------------------------|---|--------|-------|
| 45. | Préoccupation liée à la maladie. | | |
| 46. | Préoccupation excessive liée à une partie du corps ou l'apparence physique. | | |
| 47. | (précisez) : | | |

| COMPULSIONS DE LAVAGE / NETTOYAGE | | Actuel | Passé |
|-----------------------------------|---|--------|-------|
| 48. | Lavage des mains ritualisé ou excessif. | | |
| 49. | Toilette ritualisée ou excessive (douche, bain, brossage de dents, cheveux,...) | | |
| 50. | Nettoyage d'objets appartenant à la maison ou non. | | |
| 51. | Mesures supplémentaires pour supprimer le contact avec des éléments contaminants. | | |
| 52. | Mesures supplémentaires pour supprimer les éléments contaminants. | | |
| 53. | Autres (précisez) : | | |

| COMPULSIONS DE VÉRIFICATION | | Actuel | Passé |
|-----------------------------|---|--------|-------|
| 54. | Vérifier les portes, les serrures, la cuisinière, les appareils ménagers, le frein à main dans la voiture, etc. | | |
| 55. | Vérifier que rien ne risque de faire du tort aux autres. | | |
| 56. | Vérifier que rien ne risque de faire du tort à soi-même | | |
| 57. | Vérifier que rien de terrible risque d'arriver. | | |
| 58. | Vérifier qu'aucune erreur n'est commise. | | |
| 59. | Vérification liée aux obsessions somatiques. | | |
| 60. | Autres vérifications (précisez) : | | |

| RITUELS DE RÉPÉTITION | | Actuel | Passé |
|-----------------------|---------------------|--------|-------|
| 61. | Relire ou réécrire. | | |
| 62. | Besoin de répéter | | |
| 63. | Autres (précisez) : | | |

| COMPULSIONS AYANT POUR THÈME LE FAIT DE COMPTER | | Actuel | Passé |
|---|--------------|--------|-------|
| 64. | (précisez) : | | |

* Pas nécessairement un symptôme du Trouble Obsessionnel-Compulsif

| COMPULSIONS D'ORDRE / DE RANGEMENT | | Actuel | Passé |
|------------------------------------|--------------|--------|-------|
| 65. | (précisez) : | | |

| COMPULSIONS DE COLLECTION | | Actuel | Passé |
|---------------------------|--------------|--------|-------|
| 66. | (précisez) : | | |

| COMPULSIONS DIVERSES | | Actuel | Passé |
|----------------------|---|--------|-------|
| 67. | Rituels mentaux (autres que vérifier ou compter) | | |
| 68. | Listes excessives | | |
| 69. | Besoin de dire, de demander, de confesser... | | |
| 70. | Besoin de toucher.* | | |
| 71. | Rituels avec les yeux.* | | |
| 72. | Mesures : pour s'empêcher de se faire du mal. | | |
| 73. | pour s'empêcher de faire du mal aux autres. | | |
| 74. | pour éviter qu'il y ait des conséquences catastrophiques. | | |
| 75. | Comportements ritualisés liés au manger.* | | |
| 76. | Comportements superstitieux.* | | |
| 77. | Trichotillomanie.* | | |
| 78. | Autres comportements d'auto-mutilation. | | |
| 79. | Autres (précisez) : | | |

* Pas nécessairement un symptôme du Trouble Obsessionnel-Compulsif

ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (ESPT)

en recherche on peut donner des exemples. En clinique: on peut laisser parler.

Il peut arriver qu'une personne vive des événements extrêmement bouleversants – par exemple :

- se trouver dans une situation où sa vie est en danger (cataclysme, accident grave ou incendie),
- être victime d'une agression physique ou d'un viol,
- être témoin de la mort ou de l'assassinat de quelqu'un
- voir quelqu'un se faire blesser grièvement
- apprendre que quelque chose d'horrible est arrivé à un être cher.

Avez-vous déjà vécu de tels événements à un moment ou à un autre au cours de votre vie ?

SI LE SUJET N'A PAS VÉCU D'ÉVÉNEMENT TRAUMATISANT, COCHER L'ESPACE PRÉVU CI-CONTRE ET PASSER À LA PAGE F. 35 (ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE).

→ si période d'inceste → inscrire début - fin

Liste des événements traumatisants vécus par le sujet

| Description brève : | Date (Mois / Année) | Âge |
|---------------------|---------------------|-----|
| | / | |
| | / | |
| | / | |
| | / | |
| | / | |
| | / | |
| | / | |

SI LE SUJET A MENTIONNÉ DES ÉVÉNEMENTS TRAUMATISANTS :

Parfois, ces événements reviennent nous hanter sous forme de cauchemars, de phénomènes de récurrences (ou « flash-backs ») ou de pensées obsédantes dont on ne peut se défaire. Cela vous est-il déjà arrivé ?

SI NON: Vous est-il arrivé d'être très bouleversé(e) en vous trouvant dans une situation qui vous rappelait les événements pénibles que vous aviez vécus ?

SI LE SUJET A RÉPONDU NON AU DEUX QUESTIONS PRÉCÉDENTES, COCHER L'ESPACE PRÉVU CI-CONTRE ET PASSER À LA PAGE F. 35 (ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE)

CRITÈRES DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

AU COURS DE L'INTERROGATOIRE SUIVANT, METTRE L'ACCENT SUR LES ÉVÉNEMENTS MENTIONNÉS PRÉCÉDEMMENT.

A. Le sujet a été exposé à un ou plusieurs événements traumatisants répondant aux critères suivants :

SI LE SUJET A MENTIONNÉ PLUS D'UN
• TRAUMATISME : Lequel de ces événements vous a le plus affecté(e) ?

(1) Événement traumatisant que le sujet a vécu ou dont il a été témoin et au cours duquel il y a eu mort ou menace de mort ou de blessures sérieuses ou au cours duquel la santé du sujet ou celle d'autres personnes a été menacée.

? 1 2 3

PASSER A
LA PAGE F 35
(ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE)

Toujours se référer à la période où les symptômes sont survenus.

DANS LE DOUTE : Qu'avez-vous éprouvé quand ...? (ÉVÉNEMENT TRAUMATISANT)
Enchaîner tout de suite.
→ (Avez-vous eu très peur ou encore, avez-vous ressenti de l'horreur ou de l'impuissance ?)

(2) Événement au cours duquel le sujet a éprouvé une très grande peur ou un vif sentiment d'horreur ou d'impuissance.

? 1 2 3

PASSER
A PAGE F 35
(ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE)

• Maintenant, j'aimerais vous poser quelques questions concernant les effets précis que ce ou ces événements ont pu avoir sur vous.

B. L'événement traumatisant est constamment revécu comme en témoigne la présence d'une ou de plusieurs des manifestations suivantes :

• Par exemple, avez-vous pensé malgré vous à ...? (ÉVÉNEMENT TRAUMATISANT)

(1) souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement, y compris des visions, des pensées ou des sensations, provoquant un sentiment de détresse chez le sujet;

? 1 2 3

préciser la période
Le souvenir de cet événement vous est-il revenu à l'esprit tout à coup, sans que vous l'ayez souhaité? ~~pas~~ parait aux flash-back, mais un élément (seul).

• Y avez-vous rêvé? ~~à~~ la poser d'emblée.
(avez-vous fait d'autres rêves bouleversants?)

(2) rêves répétitifs concernant l'événement, provoquant un sentiment de détresse;

? 1 2 3

→ avant 1 mois "TSPT aiguë"
après 1 mois "TSPT recrudescence"

trois mois après l'événement.

- Vous est-il arrivé d'agir, ou de vous sentir, comme si vous étiez en train de revivre ce ou ces événements ? \neq besoin d'en avoir b.c.p 1 ou 2 = 3.

Flash back = tu es dedans

(3) impression ou agissement soudain « comme si » l'événement traumatisant allait se reproduire (p.ex., sentiment de revivre l'événement, illusions, hallucinations et épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication);

? 1 2 3

- Vous est-il arrivé d'être très bouleversé(e) quand quelque chose vous rappelait ce ou ces événements ?

(4) sentiment intense de détresse quand le sujet est exposé à certains signaux internes ou externes évoquant certains aspects de l'événement traumatisant ou symbolisant celui-ci;

? 1 2 3

- Vous est-il arrivé(e) d'éprouver des symptômes physiques lors d'une exposition à des signes qui évoquent ou rappellent l'événement? Par exemple :

- vous mettre à transpirer abondamment ?
- respirer de façon laborieuse ou irrégulière ?
- sentir votre cœur battre très fort ?

(5) réactions physiologiques à certains signaux internes ou externes évoquant certains aspects de l'événement traumatisant ou symbolisant celui-ci

? 1 2 3

AU MOINS UNE DES MANIFESTATIONS ÉNUMÉRÉES EN « B » EST COTÉE « 3 ».

? 1 3

PASSER A LA
PAGE F 35
(ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE)

• si symptômes apparaissent régulièrement = 3

• si ds premières journées ou a l'int^r de
1 mois = 2.

Rêves

Re

Généralement si les symptômes diminuent c'est un 2. (ex:
p/1 ds le 1^{er} mois \rightarrow 2.

si \neq de et après 1 mois \rightarrow 3.

Note: l'apparition de symptômes ds le 1^{er} mois est normal; c'est un stress aigu

? = Information
inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

C. Évitement persistant des stimuli associés au traumatisme ou émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :

Depuis ... (ÉVÈNEMENT TRAUMATISANT)

| | | | | | | |
|-------|--|--|---|---|---|---|
| 1-246 | Avez-vous fait votre possible pour éviter de penser (ou) de parler de ce qui s'était passé ? (Pouvez-vous en parler? Si on vous en parle essayez-vous de changer de sujet? Comment faites-vous pour cesser ou éviter d'y penser?) | (1) efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme; | ? | 1 | 2 | 3 |
| | Avez-vous tout fait pour éviter les choses ou les gens qui vous rappelaient cet événement? | (2) efforts pour éviter les activités, les lieux ou les personnes qui éveillent des souvenirs du traumatisme; | ? | 1 | 2 | 3 |
| | Avez-vous été incapable de vous rappeler certains détails importants de ce qui était arrivé ? | (3) incapacité de se rappeler un aspect important du traumatisme; | ? | 1 | 2 | 3 |
| ✶ | Avez-vous ressenti beaucoup moins d'intérêt pour des activités qui vous tenaient à cœur auparavant, comme rencontrer des amis, lire, regarder la télévision? (ou avez-vous réduit votre participation à ses activités) | 4) réduction nette de l'intérêt pour des activités ayant une valeur significative ou de la participation à de telles activités; | ? | 1 | 2 | 3 |
| ✶ | Vous êtes-vous senti(e) détaché(e) ou dépourvu(e) de liens avec les autres ? | (5) sentiment de détachement ou d'éloignement à l'égard des autres; | ? | 1 | 2 | 3 |
| ✶ | Vous êtes-vous senti(e) comme engourdi(e), comme si vous n'éprouviez plus grand chose pour qui que ce soit ou pour quoi que ce soit ? (vous sentiez-vous incapable d'éprouver des sentiments tendres?) | 6) restriction des affects (p.ex., incapacité à éprouver de l'amour ou de l'affection); | ? | 1 | 2 | 3 |
| ✶ | Avez-vous l'impression que vous ne voyez plus l'avenir de la même façon, que vos projets ont changé (de façon négative)? (avez-vous le sentiment que votre vie ne pourra plus se dérouler normalement?) | (7) sentiment que l'avenir est « bouché », p.ex., pense ne pas pouvoir faire de carrière, se marier, avoir des enfants ou vivre longtemps. | ? | 1 | 2 | 3 |
| | | AU MOINS 3 DES MANIFESTATIONS ÉNUMÉRÉES EN « C » SONT COTÉES « 3 ». | ? | 1 | | 3 |

PASSER A LA
PAGE F 35
(ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE)

2 → Il faut donc vérifier pas les point ie. évitez vs du penser ET évitez vs d'en parler

1 ✶ Attention il y a bcp de au, mais il faut vérifier les deux Evitez vs d'y penser... Evitez vs d'en parler

? = Information
inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

D. Présence de symptômes persistants traduisant une hyperactivité neuro-végétative (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :

Depuis... (ÉVÈNEMENT TRAUMATISANT)

Avez-vous éprouvé de la difficulté à dormir (Quel genre de difficultés ?)

(1) difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu; ? 1 2 3

Vous êtes-vous montré(e) plus irritable qu'avant ? Plus colérique ?

(2) irritabilité ou accès de colère; ? 1 2 3

Avez-vous eu de la difficulté à vous concentrer ? *demandes de exemples*

(3) difficultés de concentration; ? 1 2 3

Avez-vous eu tendance à rester sur vos gardes à être plus méfiant(e), même quand vous n'avez aucune raison de l'être ?

(4) hypervigilance; ? 1 2 3
Très important qu'elle décrive pourquoi. Est-ce lien avec l'événement.

Avez-vous eu plus tendance à sursauter, par exemple, suite à un bruit soudain ?

(5) réaction de sursaut exagérée. ? 1 2 3

AU MOINS 2 DES MANIFESTATIONS ÉNUMÉRÉES EN « D » SONT COTÉES « 3 ».

PASSER À LA
PAGE F 35
(ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE)

Pendant combien de temps avez-vous éprouvé les difficultés dont nous venons de parler?

(NOMMER LES SYMPTÔMES QUI SE SONT MANIFESTÉS CHEZ LE SUJET)

E. La perturbation (symptômes B, C et D) persiste pendant plus d'un mois

? 1 2 3

PASSER A LA PAGE F 35
(ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE)

Pensez-vous que ... (l'événement traumatisant) a changé votre qualité de vie?

Pensez-vous que vous fonctionnez moins bien dans certains domaines importants de votre vie? (p.ex. relations amoureuses, amis, travail, loisirs, sorties, activités quotidiennes)

F. La perturbation entraîne une détresse ou un handicap important sur le plan social, professionnel ou dans d'autres domaines importants

? 1 2 3

PASSER A LA
PAGE F 35
(ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE)

LES CRITÈRES A, B, C, D, E, ET F
DE L'ÉTAT DE STRESS POST-
TRAUMATIQUE SONT COTÉS
« 3 ».

1 3

PASSER A LA
PAGE F 35
(ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE)

ÉTAT DE
STRESS POST-
TRAUMATIQUE

CONTINUER
À LA PAGE
SUIVANTE

CHRONOLOGIE DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

DANS LE DOUTE : Au cours des 6 derniers mois, avez-vous ... (SYMPTÔMES DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE)

Le sujet a éprouvé des symptômes répondant aux critères de l'état de stress post-traumatique au cours du dernier mois.

? 1 3
| | |
| | |
| | |

INDIQUER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DU TROUBLE :

1. Léger : Peu ou aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur la plan social ou professionnel.
2. Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
3. Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS)

SI LE SUJET NE RÉPOND PAS COMPLÈTEMENT (OU PAS DU TOUT) AUX CRITÈRES DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE:

4. En rémission partielle : Le sujet a déjà répondu à tous les critères de l'état de stress post-traumatique mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent.
5. En rémission totale : Les signes et les symptômes ont disparu, mais il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble.
6. Antécédents d'état de stress post-traumatique : Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli.

Quand avez-vous éprouvé ... (SYMPTÔMES DE STRESS POST-TRAUMATIQUE) pour la dernière fois?

Nombre de mois écoulés depuis les derniers symptômes d'état de stress post-traumatique: _____

ÂGE DE SURVENUE DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à avoir ...? (SYMPTÔMES DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE)

Âge de survenue de l'état de stress post-traumatique : _____
(SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

CONTINUER
À LA PAGE F 35
(ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE)

ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE (TROUBLE ACTUEL SEULEMENT)

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

Au cours des derniers mois, avez-vous ressenti beaucoup de nervosité ou d'anxiété ?

Vous inquiétez-vous beaucoup au sujet d'événements fâcheux qui pourraient survenir ?

SI OUI : De quoi vous inquiétez-vous ?
(À quel point ?)

Pendant les six derniers mois, diriez-vous que vous vous êtes fait du mauvais sang plus d'un jour sur deux ?

A. Anxiété et soucis excessifs (appréhension) pendant six mois ou plus et plus d'une journée sur deux, concernant un certain nombre d'événements ou d'activités (comme le travail ou le rendement scolaire)

? 1 2 3

PASSER AU
MODULE
SUIVANT

Quand vous vous inquiétez de la sorte, trouvez-vous difficile de vous arrêter ?

B. Le sujet a de la difficulté à maîtriser son inquiétude.

? 1 2 3

PASSER AU
MODULE
SUIVANT

Quand avez-vous commencé à vous inquiéter ?

F. (2) Ne survient pas exclusivement durant l'évolution d'un trouble thymique, d'un trouble psychotique ou d'un trouble envahissant du développement

? 1 2 3

PASSER AU
MODULE
SUIVANT

Je vais maintenant vous poser quelques questions concernant des symptômes qui accompagnent souvent la nervosité.

Lorsque vous avez ressenti de la nervosité ou de l'anxiété, au cours des 6 derniers mois :

- vous sentiez-vous souvent agité(e)?
- aviez-vous de la difficulté à rester en place?
- vous sentiez-vous survolté(e) ou à bout?
- vous fatiguiez-vous facilement ?
- aviez-vous de la difficulté à vous concentrer ou aviez-vous des trous de mémoire ?
- étiez-vous souvent irritable ?
- aviez-vous souvent les muscles tendus ?
- aviez-vous souvent de la difficulté à vous endormir ou à rester endormi(e) ?

C. L'anxiété et la nervosité s'accompagnent d'au moins trois des six symptômes suivants (certains symptômes s'étant manifestés plus d'un jour sur deux au cours des six derniers mois) :

(1) agitation ou impression d'être survolté ou à bout; ? 1 2 3

(2) fatigabilité; ? 1 2 3

(3) difficultés de concentration ou trous de mémoire; ? 1 2 3

(4) irritabilité; ? 1 2 3

(5) tension musculaire; ? 1 2 3

(6) troubles du sommeil (difficulté d'endormissement, sommeil interrompu ou agité et non réparateur). ? 1 2 3

AU MOINS 3 DES SYMPTÔMES DÉCRITS EN «C» SONT COTÉS «3». ? 1 2 3

PASSER AU
MODULE :
SUIVANT

COTER À PARTIR DE L'INFORMATION RECUEILLIE PRÉCÉDEMMENT.

D. L'anxiété ou les soucis ne portent pas uniquement sur des éléments liés à un autre trouble de l'axe I, p.ex. :

- peur d'être embarrassé en public (phobie sociale),
- peur de la contamination (TOC),
- peur de s'éloigner de la maison ou de sa famille (angoisse de séparation),
- peur de prendre du poids (anorexie)
- peur d'être atteint d'une maladie grave (hypocondrie),

et ils ne sont pas associés à un état de stress post-traumatique.

PASSER AU
MODULE
SUIVANT

? = Information
inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

DANS LE DOUTE : Quels ont été les effets de votre anxiété, de vos soucis ou de vos ... (SYMPTOMES PHYSIQUES ÉPROUVÉS PAR LE SUJET) sur votre vie?

(Avez-vous eu plus de difficulté à faire votre travail ou à rencontrer vos amis ?)

E. L'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques éprouvés par le sujet entraînent une détresse marquée ou un handicap notables sur les plans social ou professionnel ou dans d'autres domaines importants de la vie du sujet.

? 1 2 3

PASSER AU
MODULE
SUIVANT

Lorsque vous avez commencé à souffrir de ce genre d'anxiété, preniez-vous des médicaments, de la caféine, des pilules pour maigrir ou de la drogue ?

(Quelle quantité de café, de thé ou d'autres boissons contenant de la caféine consommiez-vous chaque jour?)

Lorsque vous avez commencé à éprouver ce genre de difficultés, souffriez-vous d'une maladie physique?

F. L'anxiété n'est pas directement attribuable aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique.

? 1 3

Par intoxication, on entend : l'intoxication par le cannabis ou par un hallucinogène, par le PCP, par l'alcool ou par un psychotrope (cocaïne, amphétamines, caféine) ou le syndrome de sevrage à la cocaïne ou à un dépresseur du S.N.C. (alcool, sédatif, ou hypnotique).

ATTRIBUABLE
À UNE MAL-
PHYS. OU À
UNE INTOX.

PASSER AU
MODULE
SUIVANT

SI OUI : Qu'a dit votre médecin?

Exemples de maladies physiques :

- hyperthyroïdie, hypothyroïdie
- hyperparathyroïdie, hypoglycémie, phéochromocytome,
- insuffisance cardiaque, arythmies,
- embolie pulmonaire,
- bronchopneumopathie chronique obstructive, pneumonie,
- hyperventilation,
- carence en vitamine B-12,
- porphyrie, tumeur du S.N.C.,
- troubles vestibulaires, encéphalite.

TROUBLE
ANXIEUX
PRIMAIRE

LES CRITÈRES A, B, C, D, E et F DE L'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE SONT COTÉS 3.

1 3

ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE

PASSER AU
MODULE
SUIVANT

CONTINUER
À LA PAGE
SUIVANTE

? = Information
inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

DEGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DE L'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE :

- 1 Léger : Peu ou aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur la plan social ou professionnel.
- 2 Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
- 3 Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS)

ÂGE DE SURVENUE DE L'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à ...? (SYMPTÔMES ÉPROUVÉS PAR LE SUJET)

Âge de survenue de
l'anxiété généralisée :
(SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

PASSER
AU MODULE
SUIVANT

G. TROUBLES SOMATOFORMES*A poser systématiquement*

Depuis quelques années, quel est votre état de santé physique ? *normal*

.....

Avez-vous été obligé(e) de consulter votre médecin parce que vous ne vous sentiez pas bien ?
(À quelle fréquence?) (Pour quel genre de troubles?) *oui*

.....

A poser tous les fois

SI OUI : Le médecin a-t-il été en mesure de trouver ce qui n'allait pas à chaque fois?

.....

* Est-ce déjà arrivé qu'il ou qu'elle vous ait dit que vous alliez bien, même si vous étiez convaincu(e) du contraire ?

.....

Vous faites-vous beaucoup de mauvais sang au sujet de votre santé ? Votre médecin pense-t-il que vous vous en faites trop ?

.....

Il y a des gens qui s'en font beaucoup au sujet de leur apparence. Est-ce le cas en ce qui vous concerne ?

.....

SI OUI : Pourriez-vous préciser ?

.....

SI AUCUN INDICE PERMET DE PRÉSUMER QUE LE SUJET SOUFFRE PRÉSENTEMENT D'UN TROUBLE SOMATOFORME, COCHER CI-CONTRE ET PASSER AU MODULE SUIVANT.

SI LE SUJET RECONNAÎT SEULEMENT QU'IL OU QU'ELLE S'EN FAIT EN CE QUI CONCERNE SON APPARENCE, COCHER CI-CONTRE ET PASSER À LA PAGE G.12, DYSMORPHOPHOBIE (PEUR D'UNE MALFORMATION CORPORELLE).

SOMATISATION

(TROUBLE ACTUEL SEULEMENT)

**CRITÈRES
DIAGNOSTIQUES**

Avez-vous été souvent malade au cours de votre vie?

A. Antécédents de symptômes physiques multiples ayant débuté avant l'âge de 30 ans et s'échelonnant sur plusieurs années.

? 1 2 3

SI OUI : Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à souffrir de nombreux maux ou de nombreuses maladies physiques ?

PASSER À LA
PAGE G.7
TROUBLE
SOMATOFORME
DOULOUREUX

Age de survenue du trouble
De somatisation:
(SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

? = Information
inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = sous-seuil

3 = Présent ou vrai

A. ÉPISODES DE TROUBLES THYMIQUES

SONT ÉVALUÉS DANS LA PRÉSENTE SECTION : L'ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR, LES ÉPISODES MANIAQUE ET HYPOMANIAQUE, LA DYSTHYMIE ET LES TROUBLES THYMIQUES ATTRIBUABLES À UNE MALADIE PHYSIQUE OU À UNE INTOXICATION AINSI QUE CERTAINES FORMES PARTICULIÈRES DE CES ÉPISODES. LA DÉPRESSION MAJEURE ET LES TROUBLES BIPOLAIRES SONT DIAGNOSTIQUÉS À L'AIDE DU MODULE D.

ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR ACTUEL CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

À présent, je vais vous poser quelques questions additionnelles au sujet de votre humeur.

Au cours des 6 derniers mois...

... y a-t-il eu une période pendant laquelle vous étiez déprimé(e), triste ou découragé pratiquement toute la journée presque chaque jour ?

SI OUI : Combien de temps cette période a-t-elle duré ? (Au moins deux semaines ?)

... y a-t-il eu une période au cours de laquelle vous avez éprouvé beaucoup moins d'intérêt ou de plaisir pour les choses ou les activités qui vous plaisent habituellement ?

SI OUI : Cela s'est-il produit presque tous les jours ? Combien de temps cette période a-t-elle duré ? (Au moins deux semaines ?)

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée d'au moins deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur. Une humeur dépressive (1) ou une perte d'intérêt ou de plaisir (2) doivent faire partie des symptômes.

(1) humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p.ex., sensation de tristesse ou de vide) ou observée par les autres (p.ex., air larmoyant). Remarque : Peut se traduire par de l'irritabilité, chez les enfants et les adolescents.

(2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir dans toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

SI NI L'ITEM (1) NI L'ITEM (2) NE SONT COTÉS "3", PASSER À LA PAGE A.12 (ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSÉ)

REMARQUE : COTER "1" LES ITEMS SUIVANTS, SI LES SYMPTÔMES SONT MANIFESTEMENT DUS À UNE MALADIE PHYSIQUE OU ENCORE, À UN DÉLIRE OU À DES HALLUCINATIONS N'AYANT AUCUN LIEN AVEC L'HUMEUR.

LES QUESTIONS SUIVANTES PORTENT
SUR LES DEUX PIRES SEMAINES DES
6 DERNIERS MOIS (OU LES DEUX
DERNIÈRES SEMAINES SI L'ÉTAT
DÉPRESSIF DU SUJET EST RESTÉ
UNIFORME PENDANT LES 6 MOIS)

Durant ces (DEUX SEMAINES)...

... avez-vous perdu ou gagné du poids ?
(Combien de kilos ou de livres ?)
(Cherchiez-vous à perdre du poids ?)

SI NON : Comment qualifieriez-vous
votre appétit ? (Si vous le comparez à
votre appétit habituel ?) (Étiez-vous
obligé(e) de vous forcer à manger ?)
(Mangiez-vous [plus ou moins] que
d'habitude ?) (Cela s'est-il manifesté
presque tous les jours ?)

(3) Gain ou perte de poids significatif (p.ex.
variation de plus de 5 % en un mois) sans que le
sujet ait suivi de régime ou encore, augmentation
ou diminution de l'appétit presque tous les jours.
Remarque : Chez les enfants, prendre en compte
l'absence d'augmentation de poids prévue.

Cocher selon le cas :

Perte de poids ou d'appétit _____
Augmentation de poids ou d'appétit _____

A3

A4
A5

... comment qualifieriez-vous votre
sommeil ? (Avez-vous de la difficulté à
vous endormir ou à rester endormi(e),
vous réveillez-vous trop souvent ou trop
tôt, OU dormiez-vous trop ? Combien
d'heures par nuit dormiez-vous
comparativement à votre habitude ?
Était-ce presque toutes les nuits ?

(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les
jours.

Cocher selon le cas :

Insomnie _____
Hypersomnie _____

A6

A7
A8

... étiez-vous si agité(e) ou si nerveux(se)
que vous ne pouviez tenir en place ?
(Votre agitation était-elle si prononcée
que les autres l'ont remarquée ? Qu'ont-
ils remarqué ? Était-ce presque tous les
jours ?)

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur,
presque tous les jours (non seulement un
sentiment subjectif de fébrilité ou de
ralentissement intérieur mais une manifestation
constatée par autrui).

REMARQUE : TENIR COMPTE DU
COMPORTEMENT DU SUJET DURANT
L'INTERVIEW.

Cocher selon le cas :

Ralentissement psychomoteur _____
Agitation _____

A9

A10
A11

... aviez-vous de l'énergie ? (Vous
sentiez-vous toujours fatigué(e) ?
Presque tous les jours ?

(6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les
jours.

A12

Durant cette période...

... quelle opinion aviez-vous de vous-même ? (Que vous n'étiez bon(ne) à rien ?) (Presque tous les jours ?)

SI NON : Vous sentiez-vous coupable à propos de choses que vous auriez faites ou auriez dû faire ? (Presque tous les jours ?)

(7) Sentiments d'indignité ou culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (non seulement du remords ou un sentiment de culpabilité du fait d'être malade).

? 1 2 3

A13

REMARQUE : COTER "1" OU "2" S'IL S'AGIT SEULEMENT D'UNE BAISSSE DE L'ESTIME DE SOI SANS INDIGNITÉ.

Cocher selon le cas :

Indignité

Culpabilité inappropriée

A14
A15

... aviez-vous de la difficulté à réfléchir ou à vous concentrer ? (À quel genre d'activités cela a-t-il nuï ?) (Presque tous les jours ?)

SI NON : Aviez-vous de la difficulté à prendre des décisions concernant la vie quotidienne ? (Presque tous les jours ?)

(8) Diminution de la capacité de réfléchir ou de se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

? 1 2 3

A16

Cocher selon le cas :

Diminution de la capacité de réfléchir

Indécision

A17
A18

... étiez-vous déprimé(e) au point de penser beaucoup à la mort ou qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e) ? Pensiez-vous à vous blesser ?

SI OUI : Avez-vous cherché à vous blesser ?

(9) Pensées récurrentes sur la mort (plus que la seule peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans projet précis, tentative de suicide ou projet précis pour se suicider.

? 1 2 3

A19

REMARQUE : COTER "1" DANS LES CAS D'AUTOMUTILATION SANS INTENTION DE SUICIDE.

Cocher selon le cas :

Pensées concernant sa mort

Idées suicidaires

Projet précis de suicide

Tentative de suicide

A20
A21
A22
A23

AU MOINS CINQ DES SYMPTÔMES CI-DESSUS [DE A(1) À A(9)] SONT COTÉS "3" ET AU MOINS L'UN DE CES SYMPTÔMES EST LE (1) OU LE (2).

1 3

A24

PASSER À LA
PAGE A.12
(ÉPISODE
DÉPRESSIF
MAJEUR
PASSÉ)

DANS LE DOUTE : Avez-vous eu de la difficulté à faire votre travail, à vaquer à vos occupations à la maison ou à vous entendre avec les autres à cause de votre (épisode dépressif ou AUTRE TERME UTILISÉ POUR LE DÉSIGNER) ?

B. Les symptômes entraînent une détresse marquée ou un handicap notable sur les plans social, professionnel ou autres.

? 1 2 3

PASSER À LA
PAGE A.12
(ÉPISEDE
DÉPRESSIF
MAJEUR
PASSÉ)

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, aviez-vous souffert d'une maladie physique ?

SI OUI : Qu'a dit votre médecin ?

C. Les symptômes ne sont pas directement attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique.

? 1 3

A26

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, preniez-vous des médicaments ?

SI OUI : Y avait-il eu un changement dans la dose que vous preniez ?

S'IL EXISTE UN LIEN ENTRE LA DÉPRESSION ET UNE MALADIE PHYSIQUE OU UNE INTOXICATION, PASSER À LA PAGE A.44 (MAL. PHYS. OU INTOX.) ET REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION POUR ATTRIBUER UNE COTE DE "1" OU DE "3".

ATTRIBUABLE À
UNE MAL. PHYS.
OU À UNE
INTOX.
PASSER À LA
PAGE A.12
(ÉPISEDE
DÉPRESSIF
MAJEUR PASSÉ)

ÉPISEDE DE
TROUBLE
THYMIQUE
PRIMAIRE

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, preniez-vous de l'alcool ou de la drogue ?

Exemples de maladie physique : maladies neurologiques dégénératives (p.ex., maladies de Parkinson et de Huntington), maladie vasculaire cérébrale, troubles du métabolisme ou du système endocrinien (p.ex., carence en vitamine B₁₂, hypothyroïdie), maladies auto-immunes (p.ex., lupus érythémateux disséminé), infections, virales ou autres (p.ex., hépatite, mononucléose, infections par le VIH) et certains cancers (p.ex., cancer du pancréas).

Par intoxication on entend : l'intoxication par l'alcool, les amphétamines, la cocaïne, les hallucinogènes, les drogues inhalées, les opiacés, la phencyclidine, les sédatifs, les hypnotiques, les anxiolytiques et autres substances connues ou non (p.ex., stéroïdes anabolisants).

CONTINUER

(Avez-vous commencé à éprouver ces difficultés peu de temps après la mort d'un de vos proches ?)

D. On peut écarter le deuil comme cause possible des symptômes éprouvés; en effet, ceux-ci ont persisté pendant plus de deux mois après la perte d'un être cher ou ils se caractérisent par une incapacité fonctionnelle marquée, des préoccupations morbides concernant l'indignité du sujet, des idées suicidaires, des symptômes psychotiques ou un ralentissement psychomoteur.

1 = dépression majeure
deuil < 2 mois
(critères DSM-IV)

2 = dépression majeure
deuil 2 à 6 mois

3 = dépression majeure
cause deuil > 6 mois
ou indép. de deuil

LES CRITÈRES A, B, C ET D D'UN ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR SONT COTÉS "3".

Combien de périodes comme celle-ci avez-vous connues, où vous avez été [déprimé(e) OU TERME ÉQUIVALENT UTILISÉ] presque tous les jours pendant au moins deux semaines et avez ressenti plusieurs des symptômes que vous venez de décrire, comme (NOMMER LES SYMPTÔMES RELEVÉS CONCERNANT LE PIRE ÉPISODE) ?

Quel âge aviez-vous la première fois que vous avez eu un épisode comme celui-ci ?

Nombre d'épisodes dépressifs majeurs, y compris l'épisode actuel (INSCRIRE 99 SI CE NOMBRE EST TROP ÉLEVÉ POUR ÊTRE COMPTÉ OU SI LES ÉPISODES SONT DIFFICILES À DISTINGUER).

Âge du premier épisode dépressif majeur.

1 2 3 A27

DÉP. MAJ.
DEUIL
2 À 6 MOIS

DEUIL SIMPLE
PASSER À LA
PAGE A.12
(ÉPISODE
DÉPRESSIF
MAJEUR
PASSÉ)

TROUBLE
DISTINCT D'UN
DEUIL SIMPLE
CONTINUER CI-
DESSOUS

1 3 A28

PASSER À LA
PAGE A.12
(ÉPISODE
DÉPRESSIF
MAJEUR
PASSÉ)

ÉPISODE
DÉPRESSIF
MAJEUR
ACTUEL

— — — A29

ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR
PASSÉ

⇒ SI LE SUJET N'EST PAS DÉPRIMÉ PRÉSENTEMENT : Avez-vous déjà connu une période pendant laquelle vous étiez déprimé(e) pratiquement toute la journée presque chaque jour ? (Comment vous sentiez-vous ?)

⇒ SI LE SUJET EST DÉPRIMÉ ACTUELLEMENT MAIS NE RÉPOND PAS À TOUS LES CRITÈRES D'UN ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR ACTUEL : Avez-vous déjà connu une autre période pendant laquelle vous étiez déprimé(e), triste ou découragé(e) pratiquement toute la journée presque chaque jour ? (Comment vous sentiez-vous ?)

SI OUI : Quand cela s'est-il passé ? Combien de temps cette période a-t-elle duré ? (Au moins deux semaines ?)

⇒ SI LE SUJET A CONNU UN ÉPISODE DÉPRESSIF DANS LE PASSÉ : À cette époque, éprouviez-vous beaucoup moins d'intérêt ou de plaisir pour les choses ou les activités qui vous plaisent habituellement ?

⇒ SI LE SUJET N'A PAS CONNU D'ÉPISODE DÉPRESSIF DANS LE PASSÉ : Avez-vous connu une période au cours de laquelle vous éprouviez beaucoup moins d'intérêt ou de plaisir pour les choses ou les activités qui vous plaisent habituellement ? (Comment vous sentiez-vous ?)

SI OUI : Quand cela s'est-il passé ? Étiez-vous ainsi presque tous les jours ? Combien de temps cela a-t-il duré ? (Au moins deux semaines ?)

Avez-vous connu plus d'une période comme celle-là ? (Laquelle a été la pire ?)

DANS LE DOUTE : Avez-vous connu de telles périodes au cours de la dernière année ?

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES
(DE L'EDM)

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée d'au moins deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur. Une humeur dépressive (1) ou une perte d'intérêt ou de plaisir (2) doivent faire partie des symptômes.

(1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p.ex., sensation de tristesse ou de vide) ou observée par les autres (p.ex., air larmoyant). Remarque : Peut se traduire par de l'irritabilité, chez les enfants et les adolescents.

(2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir dans toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

SI NI L'ITEM (1) NI L'ITEM (2) NE SONT COTÉS "3", PASSER À LA PAGE A.18

(ÉPISODE MANIAQUE ACTUEL)

REMARQUE : SI LE SUJET A CONNU PLUS D'UN ÉPISODE DÉPRESSIF DANS LE PASSÉ, L'INTERROGER SUR CELUI QU'IL A RESENTI COMME ÉTANT LE PIRE. CEPENDANT, S'IL A CONNU UN TEL ÉPISODE AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE, L'INTERROGER SUR CELUI-CI, MÊME S'IL NE S'AGISSAIT PAS DU PIRE.

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

SCID-I (DSM-IV)

LES QUESTIONS SUIVANTES
PORTENT SUR LES DEUX PIRES
SEMAINES DE L'ÉPISODE EN
QUESTION.

Durant ces DEUX SEMAINES...

... avez-vous perdu ou gagné du poids ?
(Combien de kilos ou de livres ?)
(Cherchiez-vous à perdre du poids ?)

SI NON : Comment qualifieriez-vous
votre appétit ? (Si vous le comparez à
votre appétit habituel ?) (Étiez-vous
obligé(e) de vous forcer à manger ?)
(Mangiez-vous [plus ou moins] que
d'habitude ?) (Cela s'est-il manifesté
presque tous les jours ?)

... comment qualifieriez-vous votre
sommeil ? (Avez-vous de la difficulté à
vous endormir ou à rester endormi(e),
vous réveilliez-vous trop souvent ou trop
tôt, OU dormiez-vous trop ? Combien
d'heures par nuit dormiez-vous
comparativement à votre habitude ?
Était-ce presque toutes les nuits ?)

... étiez-vous si agité(e) ou si nerveux(se)
que vous ne pouviez tenir en place ?
(Votre agitation était-elle si prononcée
que les autres l'ont remarquée ? Qu'ont-
ils remarqué ? Était-ce presque tous les
jours ?)

SI NON : Est-ce le contraire qui s'est
produit — partiez-vous ou bougiez-
vous plus lentement que d'habitude ?
(Votre lenteur était-elle si prononcée
que les autres l'ont remarquée ?
Qu'ont-ils remarqué ? Était-ce
presque tous les jours ?)

... aviez-vous de l'énergie ? (Vous
sentiez-vous toujours fatigué(e) ?
Presque tous les jours ?)

REMARQUE : COTER "1" LES ITEMS SUIVANTS, SI LES
SYMPTÔMES SONT MANIFESTEMENT DUS À UNE
MALADIE PHYSIQUE OU ENCORE À UN DÉLIRE OU À
DES HALLUCINATIONS N'AYANT AUCUN LIEN AVEC
L'HUMEUR.

(3) Gain ou perte de poids importants (p.ex.
variation de plus de 5 % en un mois) sans que le
sujet ait suivi de régime ou encore, augmentation
ou diminution de l'appétit presque tous les jours.
Remarque : Chez les enfants, prendre en compte
l'absence d'augmentation de poids prévue.

Cocher selon le cas :

Perte de poids ou d'appétit ☐

Augmentation de poids ou d'appétit ☐

(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les
jours.

Cocher selon le cas :

Insomnie ☐

Hypersomnie ☐

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur,
presque tous les jours (non seulement un
sentiment subjectif de fébrilité ou de
ralentissement intérieur, mais une manifestation
constatée par autrui).

Cocher selon le cas :

Ralentissement psychomoteur ☐

Agitation ☐

(6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les
jours.

Durant cette période...

... quelle opinion aviez-vous de vous-même ? (Que vous n'étiez bon(ne) à rien ?) (Presque tous les jours ?)

SI NON : Vous sentiez-vous coupable à propos de choses que vous auriez faites ou auriez dû faire ? (Presque tous les jours ?)

(7) Sentiments d'indignité ou culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (non seulement du remords ou un sentiment de culpabilité du fait d'être malade).

REMARQUE : COTER "1" OU "2" S'IL S'AGIT SEULEMENT D'UNE BAISSSE DE L'ESTIME DE SOI SANS INDIGNITÉ.

Cocher selon le cas :

Indignité

Culpabilité inappropriée

? 1 2 3

A64

A65

A66

... aviez-vous de la difficulté à réfléchir ou à vous concentrer ? (À quel genre d'activités cela a-t-il nui ?) (Presque tous les jours ?)

SI NON : Aviez-vous de la difficulté à prendre des décisions concernant la vie quotidienne ? (Presque tous les jours ?)

(8) Diminution de la capacité de réfléchir ou de se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

Cocher selon le cas :

Diminution de la capacité de réfléchir

Indécision

? 1 2 3

A67

A68

A69

... étiez-vous déprimé(e) au point de penser beaucoup à la mort ou qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e) ? Pensiez-vous à vous blesser ?

SI OUI : Avez-vous cherché à vous blesser ?

(9) Pensées récurrentes sur la mort (plus que la seule peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans projet précis, tentative de suicide ou projet précis pour se suicider.

REMARQUE : COTER "1" DANS LES CAS D'AUTOMUTILATION SANS INTENTION DE SUICIDE.

Cocher selon le cas :

Pensées concernant sa mort

Idées suicidaires

Projet précis de suicide

Tentative de suicide

? 1 2 3

A70

A71

A72

A73

A74

AU MOINS CINQ DES SYMPTÔMES CI-DESSUS [DE A(1) À A(9)] SONT COTÉS "3" ET AU MOINS L'UN DE CES SYMPTÔMES EST LE (1) OU LE (2).

1

3

A75

CONTINUER

SI LA QUESTION N'A PAS DÉJÀ ÉTÉ POSÉE : Y a-t-il eu d'autres périodes où vous étiez (déprimé(e) OU AUTRE TERME ÉQUIVALENT UTILISÉ) et où les symptômes dont on vient de parler étaient encore plus nombreux ou plus prononcés ?

⇒ SI OUI : RETOURNER À LA PAGE A.12 (ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSÉ) ET VÉRIFIER SI LE SUJET A CONNU UN AUTRE ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR DONT LES SYMPTÔMES ÉTAIENT PLUS GRAVES OU PLUS NOMBREUX. DANS L'AFFIRMATIVE, QUESTIONNER LE SUJET SUR CET ÉPISODE EN PARTICULIER.

⇒ SI NON : PASSER À LA PAGE A.18, ÉPISODE MANIAQUE ACTUEL.

DANS LE DOUTE : Avez-vous eu de la difficulté à faire votre travail, à effectuer vos tâches à la maison ou à vous entendre avec les autres à cause de votre (épisode dépressif ou AUTRE TERME UTILISÉ POUR LE DÉSIGNER) ?

B. Les symptômes entraînent une détresse marquée ou un handicap notable sur les plans social, professionnel ou autres.

?

1

2

3

A76

CONTINUER

SI LA QUESTION N'A PAS DÉJÀ ÉTÉ POSÉE : Y a-t-il eu d'autres périodes où vous étiez (déprimé(e) OU AUTRE TERME ÉQUIVALENT UTILISÉ) et où vous avez éprouvé encore plus de difficultés que durant la période dont on vient de parler ?

⇒ SI OUI : RETOURNER À LA PAGE A.12 (ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSÉ) ET VÉRIFIER SI LE SUJET A CONNU UN AUTRE ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR DONT LES SYMPTÔMES ÉTAIENT PLUS GRAVES OU PLUS NOMBREUX. DANS L'AFFIRMATIVE, QUESTIONNER LE SUJET SUR CET ÉPISODE EN PARTICULIER.

⇒ SI NON : PASSER À LA PAGE A.18, ÉPISODE MANIAQUE ACTUEL.

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, aviez-vous souffert d'une maladie physique ?

SI OUI : Qu'a dit votre médecin ?

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, preniez-vous des médicaments ?

SI OUI : Y avait-il eu un changement dans la dose que vous preniez ?

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, preniez-vous de l'alcool ou de la drogue ?

C. Les symptômes ne sont pas directement attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique (p.ex., à l'hypothyroïdie).

?

1

3

A77

S'IL EXISTE UN LIEN ENTRE LA DÉPRESSION ET UNE MALADIE PHYSIQUE OU UNE INTOXICATION, PASSER À LA PAGE A.44 (MAL. PHYS. OU INTOX.) ET REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION POUR ATTRIBUER UNE COTE DE "1" OU DE "3".

ATTRIBUABLE À UNE MAL. PHYS. OU À UNE INTOX.

CONSULTER LA LISTE DES MALADIES PHYSIQUES ET DES INTOXICATIONS POSSIBLES EN PAGE A.4.

ÉPISODE DE TROUBLE THYMIQUE PRIMAIRE

QUESTION À POSER AU BESOIN : Y a-t-il eu d'autres périodes où vous étiez aussi déprimé(e) mais où vous (ne souffriez pas d'une maladie physique OU ne preniez pas de médicaments OU ne preniez pas de drogues, [SELON LE CAS]) ?

⇒ SI OUI : RETOURNER À LA PAGE A.12 (ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSÉ) ET VÉRIFIER SI LE SUJET A CONNU UN AUTRE ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR DONT LES SYMPTÔMES ÉTAIENT PLUS GRAVES OU PLUS NOMBREUX. DANS L'AFFIRMATIVE, QUESTIONNER LE SUJET SUR CET ÉPISODE EN PARTICULIER.

⇒ SI NON : PASSER À LA PAGE A.18. ÉPISODE MANIAQUE ACTUEL.

CONTINUER

(Avez-vous commencé à éprouver ces difficultés peu de temps après la mort d'un de vos proches ?)

D. On peut écarter le deuil comme cause possible des symptômes éprouvés par le sujet: en effet, ceux-ci ont persisté pendant plus de deux mois après la perte d'un être cher ou ils se caractérisent par une incapacité fonctionnelle marquée, des préoccupations morbides concernant l'indignité du sujet, des idées suicidaires, des symptômes psychotiques ou un ralentissement psychomoteur.

? 1 2 3 A78

DÉP. MAJ.
DEUIL
2 À 6 MOIS

DEUIL SIMPLE

AU MOINS UN
ÉPISODE
DISTINCT D'UN
DEUIL SIMPLE

QUESTION À POSER AU BESOIN : Y a-t-il eu d'autres périodes où vous étiez aussi déprimé(e) mais où vous ne veniez pas de perdre un de vos proches ?

⇒ SI OUI : RETOURNER À LA PAGE A.12 (ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSÉ) ET VÉRIFIER SI LE SUJET A CONNU UN AUTRE ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR DONT LES SYMPTÔMES ÉTAIENT PLUS GRAVES OU PLUS NOMBREUX. DANS L'AFFIRMATIVE, QUESTIONNER LE SUJET SUR CET ÉPISODE EN PARTICULIER.

⇒ SI NON : PASSER À LA PAGE A.18, ÉPISODE MANIAQUE ACTUEL.

CONTINUER

LES CRITÈRES A, B, C ET D D'UN ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR SONT COTÉS "3".

1 3 A79

- PASSER À LA
PAGE A.18
(ÉPISODE
MANIAQUE
ACTUEL)

ÉPISODE
DÉPRESSIF
MAJEUR
PASSÉ

Quel âge aviez-vous quand (L'ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR) a commencé ?

Âge de survenue de l'épisode dépressif majeur coté ci-dessus : _____

A80

Combien de périodes comme celle-ci avez-vous connues, où vous avez été (déprimé(e) OU TERME ÉQUIVALENT UTILISÉ) presque tous les jours pendant au moins deux semaines et avez ressenti plusieurs des symptômes que vous venez de décrire, comme (NOMMER LES SYMPTÔMES RELEVÉS CONCERNANT LE PIRE ÉPISODE) ?

Nombre d'épisodes dépressifs majeurs (INSCRIRE 99 SI CE NOMBRE EST TROP ÉLEVÉ POUR ÊTRE COMPTÉ OU SI LES ÉPISODES SONT DIFFICILES À DISTINGUER)

A81

REMARQUE : POUR CONSIGNER LA DESCRIPTION DES ÉPISODES PASSÉS, PASSER À LA PAGE J.9 (FACULTATIF)

ÉPISODE MANIAQUE ACTUEL CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

SI UN EXAMEN APPROFONDI DE LA MALADIE ACTUELLE NE FOURNIT AUCUNE RAISON DE SOUPÇONNER L'EXISTENCE D'UN ÉPISODE MANIAQUE, COCHER DANS L'ESPACE PRÉVU CI-CONTRE ET PASSER À LA PAGE A.28 (ÉPISODE MANIAQUE PASSÉ)

Au cours des 6 derniers mois, avez-vous connu une période où vous vous sentiez si bien dans votre peau, si euphorique ou si exalté(e) que les gens de votre entourage pensaient que vous n'étiez pas dans votre état normal ou au cours de laquelle vous étiez tellement surexcité(e) que cela vous a attiré des ennuis ? (Quelqu'un a-t-il dit que vous étiez maniaque ?) (Ressentiez-vous plus qu'un état de bien-être ?)

SI NON : Avez-vous traversé une période au cours de laquelle vous étiez si irritable qu'il vous arrivait d'apostropher les autres ou de vous disputer ou de vous battre avec d'autres personnes ?

(Avez-vous même apostrophé des gens que vous ne connaissiez pas vraiment ?)

(Comment vous sentiez-vous ?)

A. Une période nettement délimitée, durant laquelle le sujet a une humeur exaltée, expansive ou irritable et ce, de manière anormale et persistante...

Cocher selon le cas :

Humeur exaltée ou expansive

Humeur irritable

? 1 2 3

A82

A83

A84
A85

PASSER À LA
PAGE A.28
(ÉPISODE
MANIAQUE
PASSÉ)

Combien de temps cette période a-t-elle duré ? (Au moins une semaine ?) (A-t-on dû vous hospitaliser ?)

... durant au moins une semaine (moins, si on a dû hospitaliser le sujet).

? 1 2 3

A86

PASSER À LA
PAGE A.25
(ÉPISODE
HYPOMANIAQUE
ACTUEL)

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

ÉPISODE MANIAQUE ACTUEL CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

SI UN EXAMEN APPROFONDI DE LA MALADIE ACTUELLE NE FOURNIT AUCUNE RAISON DE SOUPÇONNER L'EXISTENCE D'UN ÉPISODE MANIAQUE, COCHER DANS L'ESPACE PRÉVU CI-CONTRE ET PASSER À LA PAGE A.28 (ÉPISODE MANIAQUE PASSÉ)

Durant les trente derniers jours, avez-vous connu une période où vous vous sentiez si bien dans votre peau, si euphorique ou si exalté(e) que les gens de votre entourage pensaient que vous n'étiez pas dans votre état normal ou au cours de laquelle vous étiez tellement surexcité(e) que cela vous a attiré des ennuis ? (Quelqu'un a-t-il dit que vous étiez maniaque ?) (Ressentiez-vous plus qu'un état de bien-être ?)

SI NON : Avez-vous traversé une période au cours de laquelle vous étiez si irritable qu'il vous arrivait d'apostropher les autres ou de vous disputer ou de vous battre avec d'autres personnes ?

(Avez-vous même apostrophé des gens que vous ne connaissiez pas vraiment ?)

(Comment vous sentiez-vous ?)

A. Une période nettement délimitée, durant laquelle le sujet a une humeur exaltée, expansive ou irritable et ce, de manière anormale et persistante...

Cocher selon le cas :

Humeur exaltée ou expansive
Humeur irritable

? 1 2 3

PASSER À LA
PAGE A.28
(ÉPISODE
MANIAQUE
PASSÉ)

Combien de temps cette période a-t-elle duré ? (Au moins une semaine ?) (A-t-on dû vous hospitaliser ?)

... durant au moins une semaine (moins, si on a dû hospitaliser le sujet).

? 1 2 3

PASSER À LA
PAGE A.25
(ÉPISODE
HYPOMANIAQUE
ACTUEL)

? = Information
Inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
Infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

LES QUESTIONS SUIVANTES PORTENT SUR LA PIRE PÉRIODE DES TRENTE DERNIERS JOURS DE L'ÉPISODE ACTUEL.

DANS LE DOUTE : Durant (ÉPISODE), quand avez-vous été le plus (TERME UTILISÉ POUR QUALIFIER L'ÉTAT DU PATIENT) ?

Durant cette période...

... quelle opinion aviez-vous de vous-même ?

(Vous sentiez-vous plus sûr(e) de vous qu'à l'accoutumée ?) (Étiez-vous doté(e) de pouvoirs ou de talents particuliers ?)

... aviez-vous besoin de moins de sommeil que d'habitude ?

SI OUI : Vous sentiez-vous reposé(e) malgré tout ?

... parliez-vous plus que d'habitude ? (Est-ce que les autres avaient de la difficulté à vous arrêter ou à vous comprendre ? Avaient-ils de la difficulté à placer un mot ?)

... vos pensées se bousculaient-elles dans votre tête ?

... éprouviez-vous de la difficulté à vous concentrer ? Constatiez-vous que n'importe quel détail insignifiant pouvait vous distraire ?

... à quoi passiez-vous votre temps ? (Travail, amis, loisirs ?) (Vous démeniez-vous au point que vos amis ou votre famille en éprouvaient du souci ?)

SI LE SUJET N'A PAS FAIT PREUVE D'UNE ACTIVITÉ ACCRUE : Étiez-vous agité(e) ? (À quel point ?)

B. Au cours de cette période de perturbation de l'humeur, au moins trois des symptômes suivants ont persisté (4, si l'humeur n'est qu'irritable) et se sont manifestés de façon marquée :

(1) Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur. ? 1 2 3

(2) Réduction des besoins en matière de sommeil (p.ex., le sujet se sent reposé après seulement 3 heures de sommeil). ? 1 2 3

(3) Plus grande volubilité que d'habitude ou besoin de parler sans cesse. ? 1 2 3

(4) Fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent très rapidement. ? 1 2 3

(5) Distractibilité, c'est-à-dire que l'attention du sujet est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs insignifiants ou non pertinents. ? 1 2 3

(6) Augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice. ? 1 2 3

Cocher selon le cas :

Augmentation de l'activité

Agitation psychomotrice

—
—

Durant cette période...

... avez-vous fait quoi que ce soit qui aurait pu vous attirer des ennuis, à vous ou à votre famille ? (Achats inutiles ?) (Activités sexuelles inhabituelles ?) (Conduite automobile imprudente ?)

(7) Participation intense à des activités agréables mais risquant d'avoir des conséquences dommageables pour le sujet (p.ex., achats inconsidérés, conduite déplacée sur le plan sexuel ou investissements déraisonnables).

? 1 2 3

AU MOINS 3 DES SYMPTÔMES ÉNUMÉRÉS EN B (4, SI L'HUMEUR DU SUJET N'EST QU'IRRITABLE) SONT COTÉS "3".

1 3

PASSER À LA
PAGE A.28
(ÉPISODE
MANIAQUE
PASSÉ)

(VRAI) 1 3

QUESTION À POSER AU BESOIN :
Durant cette période, éprouviez-vous des difficultés sérieuses à la maison ou au travail (à l'école) à cause de (NOMMER LES SYMPTÔMES DU SUJET) ou avez-vous dû être hospitalisé(e) ?

C. L'épisode est assez sévère pour entraîner un handicap marqué du fonctionnement professionnel, des activités sociales ou des relations interpersonnelles habituelles ou pour nécessiter l'hospitalisation du sujet afin de prévenir tout risque pour lui ou pour sa famille, ou encore, comporte des caractéristiques psychotiques.

DÉCRIRE :

PASSER À LA
PAGE A.26
(CRITÈRE C DE
L'ÉPISODE
HYPOMANIAQUE
ACTUEL)

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, aviez-vous souffert d'une maladie physique ?

SI OUI : Qu'a dit votre médecin ?

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, preniez-vous des médicaments ?

SI OUI : Y avait-il eu un changement dans la dose que vous preniez ?

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, preniez-vous de l'alcool ou de la drogue ?

D. Les symptômes ne sont pas directement attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique.

? 1

S'IL EXISTE UN LIEN ENTRE LA MANIE ET UNE MALADIE PHYSIQUE OU UNE INTOXICATION, PASSER À LA PAGE A.44 (MAL. PHYS. OU INTOX.) ET REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION POUR ATTRIBUER UNE COTE DE "1" OU DE "3".

ATTRIBUABLE À UNE MAL. PHYS. OU À UNE INTOX.

PASSER À LA PAGE A.28 (ÉPISODE MANIAQUE PASSÉ)

REMARQUE : TOUT ÉPISODE MANIAQUE MANIFESTEMENT PROVOQUÉ PAR UN TRAITEMENT ANTIDÉPRESSEUR PHYSIQUE OU CHIMIQUE (P.EX., MÉDICAMENTS, ÉLECTROCHOC, PHOTOTHÉRAPIE, ETC.) DOIT ÊTRE CONSIDÉRÉ COMME ÉTANT UN TROUBLE THYMIQUE ATTRIBUABLE À UNE INTOXICATION, PAGE A.46, PLUTÔT QUE COMME UN TROUBLE BIPOLAIRE DE TYPE I.

ÉPISODE DE TROUBLE THYMIQUE PRIMAIRE

Exemples de maladie physique : maladies neurologiques dégénératives (p.ex., maladies de Parkinson et de Huntington), maladie vasculaire cérébrale, troubles du métabolisme (p.ex., carence en vitamine B₁₂) ou du système endocrinien (p.ex., hyperthyroïdie), maladies auto-immunes (p.ex., lupus érythémateux disséminé), infections, virales ou autres (p.ex., hépatite, mononucléose, infections par le VIH) et certains cancers (p.ex., cancer du pancréas).

Par intoxication on entend : l'intoxication par l'alcool, les amphétamines, la cocaïne, les hallucinogènes, les drogues inhalées, les opiacés, la phencyclidine, les sédatifs, les hypnotiques, les anxiolytiques et autres substances connues ou non (p.ex., stéroïdes anabolisants).

CONTINUER CI-DESSOUS

LES CRITÈRES A, B, C ET D DE L'ÉPISODE MANIAQUE SONT COTÉS "3".

1

3

PASSER À LA PAGE A.28 (ÉPISODE MANIAQUE PASSÉ)

ÉPISODE MANIAQUE ACTUEL

? = Information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme intraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

Combien de fois avez-vous été
(EXALTÉ(E) OU TERME ÉQUIVALENT
UTILISÉ) et avez-vous éprouvé
(NOMMER LES SYMPTÔMES
D'ÉPISODE MANIAQUE RELEVÉS)
pendant au moins une semaine (ou avez-
vous été hospitalisé(e) ?

Nombre d'épisodes maniaques, y compris
l'épisode actuel (INSCRIRE 99 SI CE NOMBRE
EST TROP ÉLEVÉ POUR ÊTRE COMPTÉ OU
SI LES ÉPISODES SONT DIFFICILES À
DISTINGUER).

REMARQUE : POUR CONSIGNER LA
DESCRIPTION DES ÉPISODES PASSÉS,
PASSER À LA PAGE J.14 (FACULTATIF).

? = Information
Inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
Infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

DYSTHYMIE (ACTUELLE SEULEMENT)

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

SI LE SUJET A DÉJÀ CONNU UN ÉPISODE MANIAQUE OU HYPOMANIAQUE, COCHER CI-CONTRE ET PASSER AU MODULE SUIVANT.

⇒ SI LE SUJET N'A PAS CONNU D'ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR DEPUIS DEUX ANS : Durant les deux dernières années, avez-vous eu une humeur dépressive pratiquement toute la journée et ce, plus d'un jour sur deux ? (Plus de la moitié du temps ?)

SI OUI : Comment vous sentiez-vous ?

A. Humeur dépressive (pouvant se traduire par une humeur irritable chez les enfants et les adolescents) présente pratiquement toute la journée, la majeure partie du temps, signalée par le sujet ou observée par les autres, pendant au moins deux ans (un an pour les enfants et les adolescents).

? 1 2 3

A1

PASSER AU
MODULE SUIVANT

⇒ SI LE SUJET VIT PRÉSENTEMENT UN ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR : Revoyons maintenant à quand remontent la plupart des symptômes de (VOTRE ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR ACTUEL). Durant les deux années qui ont précédé (DATE DU DÉBUT DE L'ÉPISODE ACTUEL), aviez-vous une humeur dépressive pratiquement toute la journée, et ce, plus d'un jour sur deux ? (Plus de la moitié du temps ?)

DATE À PARTIR DE LAQUELLE LE SUJET A SATISFAIT AUX CRITÈRES DE L'ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR ACTUEL :

Mois et année : ____/____ Âge : ____

⇒ SI LE SUJET A VÉCU UN ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR AU COURS DES DEUX DERNIÈRES ANNÉES : Revoyons maintenant à quand remontent la plupart des symptômes de (VOTRE ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSÉ) ainsi que le moment où vous ne souffriez plus de la plupart de ces symptômes. Depuis (DATE OÙ LE SUJET A CESSÉ DE SATISFAIRE AUX CRITÈRES DE L'ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR), avez-vous quand même eu une humeur dépressive pratiquement toute la journée, et ce, plus d'un jour sur deux ?

DATE À PARTIR DE LAQUELLE LE SUJET A SATISFAIT AUX CRITÈRES DE L'ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSÉ AU COURS DES DEUX DERNIÈRES ANNÉES :

Mois et année : ____/____ Âge : ____

DATE À LAQUELLE LE SUJET A CESSÉ DE SATISFAIRE AUX CRITÈRES DE L'ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSÉ AU COURS DES DEUX DERNIÈRES ANNÉES :

Mois et année : ____/____ Âge : ____

SI OUI : Durant les deux années qui ont précédé (DATE DU DÉBUT DE L'ÉPISODE DÉPRESSIF PASSÉ), aviez-vous eu une humeur dépressive pratiquement toute la journée, et ce, plus d'un jour sur deux ? (Plus de la moitié du temps ?)

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

Durant ces périodes de (TERME ÉQUIVALENT UTILISÉ POUR DÉSIGNER LA DÉPRESSION CHRONIQUE), vous arrive-t-il souvent...

B. Quand le sujet est déprimé, il présente au moins deux des critères suivants :

... de perdre l'appétit ? (ou alors de trop manger ?)

(1) perte de l'appétit ou hyperphagie

? 1 2 3

A164

... d'avoir de la difficulté à dormir ou encore de trop dormir ?

(2) insomnie ou hypersomnie

? 1 2 3

A165

... de manquer d'énergie ou de vous sentir souvent fatigué(e) ?

(3) baisse de l'énergie ou fatigue

? 1 2 3

A166

... de vous juger sévèrement ? [D'avoir le sentiment d'être un(e) propre à rien ou un(e) raté(e) ?]

(4) faible estime de soi

? 1 2 3

A167

... d'avoir de la difficulté à vous concentrer ou à prendre des décisions ?

(5) difficultés à se concentrer ou à prendre des décisions

? 1 2 3

A168

... d'être désespéré(e) ?

(6) sentiment de désespoir

? 1 2 3

A169

AU MOINS DEUX DES SYMPTÔMES DU CRITÈRE "B" SONT COTÉS "3".

? 1 2 3

A170

PASSER AU
MODULE
SUIVANT

Durant cette période de dépression prolongée, combien de temps a duré le plus long épisode au cours duquel vous vous êtes senti(e) bien ? (OÙ VOUS N'AVEZ PAS ÉPROUVÉ DE SYMPTÔMES DE DYSTHYMIE)

C. Au cours de la période de deux ans (d'un an dans le cas des enfants et des adolescents) les symptômes énumérés en "A" et en "B" n'ont jamais été absents pendant plus de deux mois consécutifs.

? 1 3

A171

REMARQUE : COTER "1" SI LE SUJET A EU UNE HUMEUR NORMALE PENDANT AU MOINS DEUX MOIS CONSÉCUTIFS.

PASSER AU
MODULE
SUIVANT

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

Depuis combien de temps vous sentez-vous ainsi ? (Quand avez-vous commencé à vous sentir ainsi ?)

D. Le sujet n'a pas connu d'épisode dépressif majeur au cours des deux premières années du trouble (un an pour les enfants et les adolescents); autrement dit, on peut écarter un trouble dépressif majeur chronique ou la rémission partielle d'un épisode dépressif majeur.

7 1 2 3

A17:

PASSER AU
MODULE SUIVANT

COMPARER LES DATES DE SURVENUE DES SYMPTÔMES DE DYSTHYMIE ET DES ÉPISODES DÉPRESSIFS MAJEURS PASSÉS POUR VÉRIFIER S'IL Y A EU UN ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR DURANT LES DEUX PREMIÈRES ANNÉES DE LA DYSTHYMIE.

Âge de survenue de la dysthymie actuelle
(INSCRIRE 99 SI ON NE SAIT PAS)

A17:

SI LA DYSTHYMIE A ÉTÉ PRÉCÉDÉE D'UN ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR : Maintenant j'aimerais savoir si vous vous étiez complètement rétabli(e) de l'(ÉPISODE DE DÉPRESSION MAJEUR) dont vous souffriez (DATE) avant que ne commence cette longue période d'humeur légèrement dépressive ? (Avez-vous été complètement rétabli(e) pendant au moins deux mois ?)

Remarque : Quand il y a eu un épisode dépressif majeur antérieur, celui-ci doit avoir été en rémission complète (absence de signes et de symptômes significatifs depuis deux mois) avant l'apparition de la dysthymie. Par ailleurs, après les deux premières années de dysthymie (un an pour les enfants et les adolescents), des épisodes dépressifs majeurs peuvent se surajouter : dans ce cas, on peut porter les deux diagnostics.

REMARQUE : COTER "3" DANS LES CAS SUIVANTS : (1) SI LE SUJET N'A JAMAIS CONNU D'ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR; (2) SI LE SUJET A CONNU UN ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR DANS LE PASSÉ, MAIS PAS DURANT LES DEUX PREMIÈRES ANNÉES DE LA DYSTHYMIE; (3) SI LE SUJET A CONNU UN ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR, MAIS QU'IL N'A PRÉSENTÉ AUCUN SYMPTÔME PENDANT AU MOINS DEUX MOIS AVANT L'APPARITION DE LA DYSTHYMIE.

E. N'a jamais présenté d'épisode maniaque ni d'épisode hypomaniaque franc.

1 3

A174

PASSER AU
MODULE SUIVANT

7 = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

SI LE DIAGNOSTIC N'EST PAS ENCORE ÉVIDENT : REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION UNE FOIS L'INTERROGATOIRE TERMINÉ.

F. Ne survient pas exclusivement durant l'évolution d'un trouble psychotique chronique tels une schizophrénie ou un trouble délirant.

? 1 3

A17:

PASSER AU
MODULE SUIVANT

REMARQUE : COTER "3" SI LE SUJET NE SOUFFRE PAS D'UN TROUBLE PSYCHOTIQUE CHRONIQUE OU SI LA DYSTHYMIE N'EST PAS SURAJOUTÉE À UN TROUBLE PSYCHOTIQUE CHRONIQUE.

NON
SURAJOUTÉ À
UN AUTRE
TROUBLE -
CONTINUER

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, aviez-vous souffert d'une maladie physique ?

SI OUI : Qu'a dit votre médecin ?

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, preniez-vous des médicaments ?

SI OUI : Y avait-il eu un changement dans la dose que vous preniez ?

G. Les symptômes ne sont pas directement attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique.

? 1 3

A17:

S'IL EXISTE UN LIEN ENTRE LA DÉPRESSION ET UNE MALADIE PHYSIQUE OU UNE INTOXICATION, PASSER À LA PAGE A.44 (MAL. PHYS. OU INTOX.) ET REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION POUR ATTRIBUER UNE COTE DE "1" OU DE "3".

ATTRIBUABLE À
UNE MAL. PHYS.
OU À UNE
INTOX.
PASSER AU
MODULE
SUIVANT

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, preniez-vous de l'alcool ou de la drogue ?

ÉPISODE DE
TROUBLE
THYMIQUE
PRIMAIRE

Exemples de maladie physique : maladies neurologiques dégénératives (p.ex., maladies de Parkinson et de Huntington), maladie vasculaire cérébrale, troubles du métabolisme ou du système endocrinien (p.ex., carence en vitamine B₁₂, hypothyroïdie) maladies auto-immunes (p.ex., lupus érythémateux disséminé), infections, virales ou autres (p.ex., hépatite, mononucléose, infections par le VIH) et certains cancers (p.ex., cancer du pancréas).

Par intoxication on entend : l'intoxication par l'alcool, les amphétamines, la cocaïne, les hallucinogènes, les solvants volatils, les opiacés, la phencyclidine, les sédatifs, les hypnotiques, les anxiolytiques et autres substances connus ou non (p.ex., stéroïdes anabolisants).

CONTINUER

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

DANS LE DOUTE : À quel point vos symptômes dépressifs vous empêchent-ils de vivre une vie normale ?

H. Les symptômes entraînent une détresse marquée ou un handicap notable sur les plans social, professionnel ou autres.

? 1 3

A17

PASSER AU
MODULE
SUIVANT

LES CRITÈRES A, B, C, D, E, F, G ET H DE LA
DYSTHYMIE SONT COTÉS "3".

1 3

A17

PASSER AU
MODULE
SUIVANT

DYSTHYMIE

A17

Indiquer les formes particulières :

1. À début précoce : avant l'âge de 21 ans
2. À début tardif : à partir de 21 ans

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

D. TROUBLES THYMIQUES

SI LE SUJET N'A JAMAIS ÉPROUVÉ DE SYMPTÔMES DE TROUBLES THYMIQUES NOTABLES SUR LE PLAN CLINIQUE, COCHER L'ESPACE CI-CONTRE ET PASSER AU MODULE SUIVANT.

TROUBLE BIPOLAIRE I

CODE ÉTABLI À PARTIR DES ITEMS
A97 (PAGE A.20) ET A140 (PAGE A.30)

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

Le sujet a déjà connu au moins un épisode maniaque ou un épisode mixte.

1

3

Remarque : On définit l'épisode mixte comme étant un épisode durant lequel le sujet satisfait aux critères de l'épisode maniaque et de l'épisode dépressif majeur (sauf en ce qui concerne la durée) pendant au moins une semaine.

PASSER À LA PAGE D.2,
TROUBLE BIPOLAIRE II

Au moins un de ces épisodes maniaque ou mixte n'est pas directement attribuable à une maladie physique ou à une intoxication.

1

3

Remarque : On ne devrait pas tenir compte des épisodes évoquant un épisode maniaque, mais manifestement causés par un traitement antidépresseur physique ou chimique (médicament, électrochocs, photothérapie) pour diagnostiquer le trouble bipolaire I.

PASSER À LA PAGE D.2,
TROUBLE BIPOLAIRE II

On peut écarter le trouble schizo-affectif comme explication possible d'au moins un épisode maniaque ou mixte, et celui-ci ne se surajoute ni à la schizophrénie, ni à un trouble schizophréniforme, ni à un trouble délirant, ni à un trouble psychotique NS.

1

3

PASSER À LA PAGE D.2,
TROUBLE BIPOLAIRE II

TROUBLE
BIPOLAIRE I

Indiquer le type de trouble de l'épisode actuel (ou du plus récent) :

1. Maniaque
2. Mixte
3. Hypomaniaque
4. Dépressif majeur
5. Non spécifié (c'est-à-dire répondant aux critères de l'épisode maniaque ou hypomaniaque ou de l'épisode dépressif majeur, sauf en ce qui concerne la durée)

PASSER À LA PAGE D.3, ALTERNANCE RAPIDE

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraclinical

3 = VRAI ou
présence du symptôme

TROUBLE BIPOLAIRE II

CODE ÉTABLI À PARTIR DES ITEMS
A123 (PAGE A.27) ET A158 (PAGE A.35)

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

Au moins un épisode hypomaniaque n'est pas
directement attribuable à une maladie physique
ou à une intoxication.

Remarque : On NE DEVRAIT PAS tenir compte
des épisodes évoquant un épisode
hypomaniaque, mais manifestement causés par
un traitement antidépresseur physique ou
chimique (médicament, électrochocs,
photothérapie) pour diagnostiquer le trouble
bipolaire II.

PASSER À LA
PAGE D.4,
AUTRES TROUBLES
BIPOLAIRES

CODE ÉTABLI À PARTIR DES ITEMS
A27 (PAGE A.5) ET A77 (PAGE A.16)

Au moins un épisode dépressif majeur n'est pas
directement attribuable à une maladie physique
ou à une intoxication.

PASSER À LA
PAGE D.4,
AUTRES TROUBLES
BIPOLAIRES

Le sujet n'a jamais connu d'épisode maniaque ni
mixte.

REMARQUE : COTER "3" SI LE SUJET N'A
JAMAIS CONNU D'ÉPISODE MANIAQUE.

PASSER À LA
PAGE D.4,
AUTRES TROUBLES
BIPOLAIRES

JAMAIS
D'ÉPISODE
MANIAQUE

On peut écarter le trouble schizo-affectif comme
cause possible des symptômes thymiques et
ceux-ci ne se surajoutent ni à la schizophrénie, ni
à un trouble schizophréniforme, ni à un trouble
délirant, ni à un trouble psychotique non spécifié.

PASSER À LA
PAGE D.4,
AUTRES TROUBLES
BIPOLAIRES

TROUBLE
BIPOLAIRE II

Indiquer le type de l'épisode actuel (ou du plus récent) :

1. Hypomaniaque
2. Dépressif majeur

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

ALTERNANCE RAPIDE**QUESTION À POSER AU BESOIN :**

Depuis un an, combien avez-vous connu de périodes au cours desquelles vous étiez exalté(e) (OU MANIAQUE OU IRRITABLE OU TERME ÉQUIVALENT UTILISÉ) et de périodes au cours desquelles vous étiez déprimé(e) (OU TERME ÉQUIVALENT UTILISÉ) ?

Au moins quatre épisodes de troubles thymiques répondant aux critères d'un épisode dépressif, maniaque, hypomaniaque ou mixte, au cours des 12 derniers mois.

1

3

Remarque : Les épisodes doivent être séparés par une rémission totale ou partielle d'au moins deux mois ou il doit y avoir alternance entre des épisodes de polarité opposée (p.ex., passage d'un épisode dépressif majeur à un épisode maniaque).

ALTERNANCE
RAPIDE ACTUELLE

À CARACTÈRE SAISONNIER

SI LE SUJET A CONNU MOINS DE DEUX ÉPISODES DÉPRESSIFS MAJEURS, COCHER DANS L'ESPACE PRÉVU CI-CONTRE ET PASSER AU MODULE SUIVANT.

QUESTION À POSER AU BESOIN : Les périodes (D'HUMEUR DÉPRESSIVE) semblent-elles apparaître à peu près à la même époque de l'année, par exemple, durant l'automne ou l'hiver ?

A. Il existe une relation temporelle régulière entre la survenue d'un épisode dépressif majeur du trouble bipolaire I ou du trouble bipolaire II et une période particulière de l'année (p.ex., début régulier de l'épisode dépressif majeur durant l'automne ou l'hiver).

1

3

PASSER À LA PAGE D.10,
CHRONOLOGIE DU
TROUBLE THYMIQUE

Remarque : Ne pas inclure les cas où il y a une relation évidente entre la saison et un stress psychosocial (p.ex., chômage régulier à chaque hiver).

1

3

PASSER À LA PAGE D.10,
CHRONOLOGIE DU
TROUBLE THYMIQUE

QUESTION À POSER AU BESOIN : L'humeur dépressive s'atténue-t-elle à peu près à la même époque de l'année, par exemple, au printemps ?

B. Les rémissions complètes (où le passage de la dépression à la manie ou à l'hypomanie) surviennent aussi au cours d'une période précise de l'année (p.ex., au printemps).

1

3

PASSER À LA PAGE D.10,
CHRONOLOGIE DU
TROUBLE THYMIQUE

QUESTION À POSER AU BESOIN : Combien de périodes (DE DÉPRESSION) avez-vous connues au cours des deux dernières années ?

C. Au cours des deux dernières années, le sujet a connu deux épisodes dépressifs majeurs présentant les relations temporelles définies en A et en B, mais n'a connu aucun épisode dépressif majeur à caractère non saisonnier.

1

3

PASSER À LA PAGE D.10,
CHRONOLOGIE DU
TROUBLE THYMIQUE

Combien sont survenues à la même époque de l'année ?

? = Information
Inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
Infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

QUESTION À POSER AU BESOIN :
D'après vos souvenirs, pendant combien d'années avez-vous eu des périodes de (DÉPRESSION) ?

Combien de fois ces périodes sont-elles survenues durant (LES SAISONS QUI N'ONT PAS ÉTÉ NOMMÉES) plutôt que durant (LES SAISONS NOMMÉES) ?

D. Au cours de sa vie, le sujet a connu beaucoup plus d'épisodes dépressifs majeurs saisonniers (répondant à la définition donnée ci-dessus) que d'épisodes dépressifs majeurs non saisonniers.

**À CARACTÈRE
SAISONNIER**

PASSER À LA PAGE D.10,
CHRONOLOGIE DU TROUBLE
THYMIQUE

? = information inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

AUTRES TROUBLES BIPOLAIRES

Épisodes maniaques ou hypomaniaques
significatifs sur le plan clinique.

1

3

PASSER À LA PAGE D.6,
DÉPRESSION MAJEURE

QUESTION À POSER AU BESOIN :
Quelque temps avant la survenue des
symptômes, aviez-vous souffert d'une
maladie physique ?

SI OUI : Qu'a dit votre médecin ?

QUESTION À POSER AU BESOIN :
Quelque temps avant la survenue des
symptômes, preniez-vous des
médicaments ?

SI OUI : Y avait-il eu un changement
dans la dose que vous preniez ?

C. Les symptômes ne sont pas directement
attribuables aux effets physiologiques d'une
substance (p.ex., d'une drogue ou d'un
médicament) ni à une maladie physique.

?

1

3

S'IL EXISTE UN LIEN POSSIBLE ENTRE
LES SYMPTÔMES MANIAQUES OU
HYPOMANIAQUES ET UNE MALADIE
PHYSIQUE OU UNE INTOXICATION,
PASSER À LA PAGE A.44 (MAL. PHYS. OU
INTOX.) ET REVENIR À LA PRÉSENTE
SECTION POUR ATTRIBUER UNE COTE
DE "1" OU DE "3".

ATTRIBUABLE À
UNE MAL. PHYS.
OU À UNE
INTOX.
PASSER AU
MODULE
SUIVANT

ÉPISODE DE
TROUBLE
THYMIQUE
PRIMAIRE

QUESTION À POSER AU BESOIN :
Quelque temps avant la survenue des
symptômes, preniez-vous de l'alcool ou
de la drogue ?

Exemples de maladie physique : maladies
neurologiques dégénératives (p.ex., maladies de
Parkinson et de Huntington), maladie vasculaire
cérébrale, troubles du métabolisme (p.ex.,
carence en vitamine B₁₂) ou du système
endocrinien (p.ex., hyperthyroïdie), maladies
auto-immunes (p.ex., lupus érythémateux
disséminé), infections, virales ou autres (p.ex.,
hépatite, mononucléose, infections par le VIH) et
certains cancers (p.ex., cancer du pancréas).

Par intoxication on entend : l'intoxication par
l'alcool, les amphétamines, la cocaïne, les
hallucinogènes, les solvants volatils, les opiacés,
la phencyclidine, les sédatifs, les hypnotiques,
les anxiolytiques et autres substances connues
ou non (p.ex., stéroïdes anabolisants).

CONTINUER À LA
PAGE SUIVANTE

SUITE DE LA
PAGE
PRÉCÉDENTE

AUTRES TROUBLES BIPOLAIRES

En indiquer le type :

1. Cyclothymie (le sujet doit répondre aux trois critères suivants) :
 - A. Depuis au moins deux ans (un an pour les enfants et les adolescents), présence de nombreux épisodes hypomaniaques et de nombreuses périodes d'humeur dépressive ou de perte d'intérêt ou de plaisir ne répondant pas aux critères d'un épisode dépressif majeur.
 - B. Au cours de la même période de deux ans (un an pour les enfants et les adolescents), le sujet n'a pas eu de période normothymique (c'est-à-dire dénuée de symptômes hypomaniaques ou dépressifs décrits en A) persistant plus de deux mois.
 - C. Absence d'épisode dépressif majeur ou maniaque franc durant les deux premières années du trouble.
2. Épisodes hypomaniaques intermittents (trouble bipolaire NS).
3. Épisode maniaque ou mixte surajouté à une schizophrénie, à un trouble schizophréniforme, à un trouble délirant ou à un trouble psychotique NS (bipolaire NS).
4. Autre trouble bipolaire NS : _____

SI LE TROUBLE A ÉTÉ PRÉSENT AU COURS DES TRENTE
DERNIERS JOURS, COCHER L'ESPACE CI-CONTRE ET PASSER AU
MODULE SUIVANT _____

? = Information
inappropriée1 = FAUX ou
absence du symptôme2 = symptôme
infraliminaire3 = VRAI ou
présence du symptôme

E. TROUBLES LIÉS À LA PRISE D'UN PSYCHOTROPE

TROUBLES LIÉS À LA CONSOMMATION D'ALCOOL (PASSÉ OU PRÉSENT)

Quelles sont vos habitudes en ce qui concerne la consommation de boissons alcoolisées ? (Quelle quantité d'alcool buvez-vous ?)

Durant toute votre vie, à quelle époque votre consommation d'alcool a-t-elle été la plus élevée ? (Combien de temps cette période a-t-elle duré ?)

DÉCRIRE LES HABITUDES DE CONSOMMATION DU SUJET ET INDIQUER À QUELLE ÉPOQUE CELLE-CI A ÉTÉ LE PLUS FORTE.

À ce moment-là...

à quelle fréquence buviez-vous ?

que buviez-vous ? En quelle quantité ?

À ce moment-là...

le fait de boire vous a-t-il causé des ennuis ?

quelqu'un s'est-il plaint du fait que vous buviez ?

SI UNE DÉPENDANCE À L'ALCOOL SEMBLE PROBABLE, COCHER CI-CONTRE ET PASSER À LA PAGE E.4, DÉPENDANCE À L'ALCOOL.

SI LE SUJET A DÉJÀ BU DE FAÇON EXCESSIVE OU S'IL LAISSE PERCEVOIR DES SIGNES DE DIFFICULTÉS RELIÉES À SA CONSOMMATION D'ALCOOL, CONTINUER À LA PAGE SUIVANTE, À LA SECTION INTITULÉE « ABUS D'ALCOOL ».

SI LE SUJET N'A JAMAIS BU DE FAÇON EXCESSIVE OU S'IL NE LAISSE PERCEVOIR AUCUN SIGNE DE DIFFICULTÉS RELIÉES À LA CONSOMMATION D'ALCOOL, PASSER À LA PAGE E.9, TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION D'AUTRES SUBSTANCES QUE L'ALCOOL.

E1

AU MOINS UN DES ITEMS DE A EST COTÉ "3".

1

3

E6

SI TOUTE DÉPENDANCE PHYSIQUE OU TOUT USAGE COMPULSIF DE L'ALCOOL SEMBLE
PEU PLAUSIBLE, PASSER À LA PAGE E.9, TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION D'AUTRES
SUBSTANCES QUE L'ALCOOL; SINON, CONTINUER AVEC LES QUESTIONS CONCERNANT
LA DÉPENDANCE, PAGE E.4.

ABUS D'ALCOOL
CONTINUER
L'INTERROGATOIRE,
PAGE E.4,
DÉPENDANCE À
L'ALCOOL

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

DÉPENDANCE À L'ALCOOL

Maintenant, j'aimerais vous poser quelques questions additionnelles concernant vos habitudes de consommation.

(Préciser période problématique)

Au cours de cette période...

Vous est-il souvent arrivé de constater que, lorsque vous vous mettiez à boire, vous buviez beaucoup plus que prévu ?

SINON : Ou de constater que vous buviez beaucoup plus longtemps que prévu ?

Avez-vous essayé de diminuer ou d'arrêter ?

SI OUI : Avez-vous déjà arrêté complètement ?

(Combien de fois avez-vous essayé de diminuer ou d'arrêter ?)

SINON : Auriez-vous souhaité diminuer ou arrêter ? (Cela vous préoccupait-il beaucoup ?)

Avez-vous passé beaucoup de temps à boire, à être éméché(e) ou à vous remettre de votre ébriété ?

Vous est-il arrivé de boire si souvent que vous négligiez votre travail, vos loisirs, votre famille ou vos amis ?

QUESTION À POSER AU BESOIN :

Avez-vous déjà eu des problèmes psychologiques, comme de la dépression, de l'anxiété, de la difficulté à dormir, ou des éclipses ("blackouts") parce que vous buviez ?

QUESTION À POSER AU BESOIN :

Avez-vous déjà eu des problèmes physiques sérieux, causés ou aggravés par le fait que vous buviez ?

SI LE SUJET A RÉPONDU OUI À L'UNE DES DEUX QUESTIONS CI-DESSUS : Avez-vous continué à boire malgré tout ?

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

A. Des habitudes de consommation d'alcool inappropriées entraînant une détresse ou un handicap marqués sur le plan clinique, comme en témoignent au moins trois des symptômes suivants, survenus n'importe quand durant une même période de 12 mois :

REMARQUE : LES CRITÈRES NE SONT PAS PRÉSENTÉS DANS LE MÊME ORDRE QUE DANS LE DSM-IV.

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|-----|
| (3) souvent, l'alcool est consommé en quantité supérieure OU durant un laps de temps plus long que prévus. | ? | 1 | 2 | 3 | E7 |
| (4) Le sujet éprouve sans cesse le désir de diminuer ou de maîtriser sa consommation OU il déploie de vains efforts en ce sens. | ? | 1 | 2 | 3 | E8 |
| (5) Le sujet passe un temps considérable à faire le nécessaire pour se procurer de l'alcool, le consommer ou se remettre de ses effets. | ? | 1 | 2 | 3 | E9 |
| (6) Le sujet abandonne ou réduit des activités importantes sur le plan social, professionnel ou récréatif, en raison de sa consommation d'alcool. | ? | 1 | 2 | 3 | E10 |
| (7) Le sujet continue à consommer de l'alcool tout en se sachant affligé d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent, probablement causé ou exacerbé par l'alcool (p.ex., continue à boire malgré l'aggravation d'un ulcère par l'alcool). | ? | 1 | 2 | 3 | E11 |

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

| | | | |
|--|--|----------------|------------|
| <p>Vous a-t-il semblé que vous deviez boire beaucoup plus pour obtenir l'effet recherché que lorsque vous avez commencé à boire ?</p> | <p>(1) tolérance, se manifestant soit par (a), soit par (b) :</p> | <p>? 1 2 3</p> | <p>E12</p> |
| <p>SI OUI : Combien plus ?</p> | <p>(a) besoin de quantités nettement plus importantes d'alcool pour s'intoxiquer ou pour obtenir l'effet recherché;</p> | | |
| <p>SINON : Vous a-t-il semblé qu'une même quantité d'alcool avait beaucoup moins d'effet qu'auparavant ?</p> | <p>(b) effet nettement moindre en cas d'ingestion continue de la même dose.</p> | | |
| <p>Lorsqu'il vous est arrivé de cesser de boire ou de réduire votre consommation, avez-vous éprouvé des symptômes de sevrage, comme...</p> | <p>(2) sevrage, se manifestant soit par (a), soit par (b) :</p> | <p>? 1 2 3</p> | <p>E13</p> |
| | <p>(a) au moins <u>DEUX</u> des critères suivants :</p> | | |
| <p>... de la transpiration ou des palpitations ?</p> | <p>- hyperactivité du système nerveux autonome (p.ex., transpiration, pouls supérieur à 100)</p> | | |
| <p>... un tremblement des mains ?</p> | <p>- augmentation du tremblement des mains</p> | | |
| <p>... des troubles du sommeil ?</p> | <p>- insomnie</p> | | |
| <p>... des nausées ou des vomissements ?</p> | <p>- nausées ou vomissements</p> | | |
| <p>... de l'agitation ?</p> | <p>- agitation</p> | | |
| <p>... de l'anxiété ?</p> | <p>- anxiété</p> | | |
| <p>(Avez-vous eu des crises d'épilepsie, ou avez-vous vu, entendu ou ressenti des choses qui ne se passaient pas vraiment ?)</p> | <p>- crises d'épilepsie (grand mal) - illusions ou hallucinations visuelles, auditives ou tactiles transitoires</p> | | |
| <p>SINON : Avez-vous déjà commencé la journée en prenant un verre, ou vous est-il souvent arrivé de boire pour éviter de d'être pris(e) de tremblements ou de vous sentir malade ?</p> | <p>(b) prise d'alcool (ou d'une substance de la classe des sédatifs, des hypnotiques ou des anxiolytiques) pour éviter ou soulager les symptômes de sevrage.</p> | <p>? 1 2 3</p> | <p>E14</p> |

QUESTION À POSER AU BESOIN : Quand vous est-il arrivé de (NOMMER LES SYMPTÔMES DE DÉPENDANCE COTÉS "3" - PAGES E.4 ET E.5) ? (Toutes ces manifestations se sont-elles produites à peu près durant la même période?)

AU MOINS TROIS DES ITEMS DE "A" (SYMPTÔMES DE DÉPENDANCE, PAGES E.4 ET E.5) SONT COTÉS "3" ET SONT SURVENUS PENDANT UNE MÊME PÉRIODE DE 12 MOIS.

1

3

E15

DÉPENDANCE
À L'ALCOOL

Préciser :

- 1 - Avec dépendance physique (à l'heure actuelle, le sujet présente des signes de tolérance ou de sevrage)
- 2 - Sans dépendance physique (à l'heure actuelle, le sujet ne présente aucun signe de tolérance ni de sevrage)

E16

PASSER À LA PAGE E.7, CHRONOLOGIE DE LA DÉPENDANCE

SI LES QUESTIONS CONCERNANT L'ABUS D'ALCOOL (PAGES E.1 À E.3) N'ONT PAS ENCORE ÉTÉ POSÉES, PASSER À LA PAGE E.1 AFIN DE VÉRIFIER S'IL Y A ABUS D'ALCOOL.

SI LES QUESTIONS CONCERNANT L'ABUS D'ALCOOL ONT ÉTÉ POSÉES ET ONT PERMIS DE DIAGNOSTIQUER UN ABUS D'ALCOOL, COTER "3", CI-CONTRE; EN REVANCHE, SI ELLES N'ONT PAS PERMIS DE DIAGNOSTIQUER D'ABUS D'ALCOOL, PASSER À LA PAGE E.9, TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION D'AUTRES SUBSTANCES QUE L'ALCOOL.

1

3

E17

PASSER À LA PAGE E.9,
TROUBLES LIÉS À
L'UTILISATION D'AUTRES
SUBSTANCES QUE
L'ALCOOL.

ABUS
D'ALCOOL

Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à (NOMMER LES SYMPTÔMES D'ABUS D'ALCOOL COTÉS "3") ?

Âge de survenue de l'abus d'alcool (SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

— —

E18

DANS LE DOUTE : Avez-vous bu quoi que ce soit, au cours des 6 derniers mois ?

Le sujet a répondu aux critères de l'abus d'alcool au cours des 6 derniers mois.

?

1

3

E19

SI OUI : Pourriez-vous préciser ?
(Le fait de boire vous a-t-il causé des ennuis?)

ABUS PASSÉ

ABUS
PRÉSENT

PASSER À LA PAGE E.9, TROUBLES LIÉS
À L'UTILISATION D'AUTRES
SUBSTANCES QUE L'ALCOOL.

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

CHRONOLOGIE DE LA DÉPENDANCE

Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à (NOMMER LES SYMPTÔMES DE DÉPENDANCE OU D'ABUS D'ALCOOL COTÉS "3") ?

Âge de survenue de la dépendance à l'alcool ou de l'abus d'alcool (SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

E20

DANS LE DOUTE : Avez-vous bu quoi que ce soit, au cours des 6 derniers mois ?

Le sujet a répondu à tous les critères de la dépendance à l'alcool au cours des 6 derniers mois (ou n'a pas connu un mois sans symptômes de dépendance ou d'abus depuis la survenue de sa dépendance).

E21

SI OUI : Pourriez-vous préciser ? (Le fait de boire vous a-t-il causé des ennuis?)

**PASSER À LA
PAGE E.8
(TYPES DE
RÉMISSION)**

**DÉPENDANCE
PRÉSENTE**

DEGRÉ DE GRAVITÉ DE LA DÉPENDANCE

INDIQUER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ DE LA DÉPENDANCE PENDANT LA PIRE SEMAINE DES 6 DERNIERS MOIS. (Il sera peut-être nécessaire de poser des questions additionnelles pour connaître les effets de la consommation d'alcool sur la vie sociale et professionnelle du sujet.)

E22

- 1 Léger : Peu, voire aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes n'entraînent qu'une légère incapacité sur le plan professionnel ou dans les activités sociales ou les relations du sujet avec autrui (ou le sujet a répondu aux critères de la dépendance dans le passé et éprouve certaines difficultés à l'heure actuelle).
- 2 Moyenne : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
- 3 Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic et ces symptômes nuisent grandement aux activités professionnelles ou sociales habituelles du sujet ou encore à ses relations avec autrui.

PASSER À LA PAGE E.9, TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION D'AUTRES SUBSTANCES QUE L'ALCOOL.

DÉPENDANCE — TYPES DE RÉMISSION

DÉTERMINER LE TYPE DE RÉMISSION UNIQUEMENT SI, À UN MOMENT OU À UN AUTRE DANS LE PASSÉ, LE SUJET N'A RÉPONDU À AUCUN CRITÈRE DE DÉPENDANCE À L'ALCOOL OU D'ABUS D'ALCOOL PENDANT AU MOINS UN MOIS.

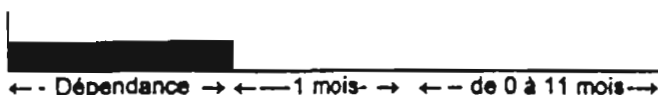
Remarque : On ne doit pas préciser le type de rémission si le sujet suit un traitement de substitution (comportant la prise d'un agoniste) ou s'il vit en milieu supervisé (voir ci-dessous).

Nombre de mois écoulés depuis les dernières difficultés concernant la prise d'alcool : _____

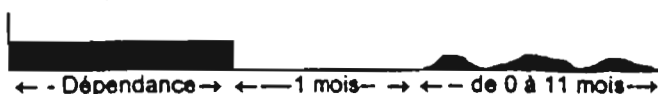
E23

- 1 Rémission complète au stade précoce : Le sujet n'a répondu à aucun critère de dépendance ou d'abus pendant au moins un mois, mais moins de 12 mois.

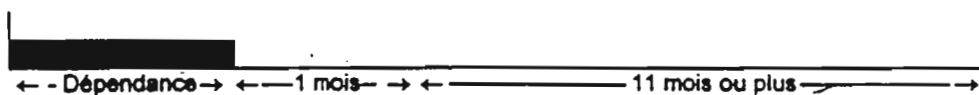
E24



- 2 Rémission partielle au stade précoce : Le sujet a répondu à au moins un critère de dépendance ou d'abus pendant au moins un mois, mais moins de 12 mois (sans répondre au nombre de critères nécessaires pour poser un diagnostic de dépendance).



- 3 Rémission complète et soutenue : Le sujet n'a répondu à aucun critère de dépendance ni d'abus pendant une période de 12 mois ou plus.



- 4 Rémission partielle et soutenue : Pendant une période de 12 mois ou plus, le sujet n'a pas répondu au nombre de critères requis pour poser un diagnostic de dépendance ou d'abus; cependant, il a répondu à au moins un de ces critères.



Cocher ci-contre : si le sujet suit un traitement de substitution, c'est-à-dire comportant la prise d'un agoniste des récepteurs de la substance envers laquelle il manifeste une dépendance : On lui a prescrit un agoniste (p.ex., Valium) et depuis un mois au moins, il ne répond à aucun critère de dépendance ou d'abus à l'endroit des produits de la classe envers laquelle il manifeste une dépendance (sauf à l'endroit de l'agoniste). Cette catégorie s'applique aussi aux sujets traités par un agoniste partiel ou par une association agoniste - antagoniste.

E25

Cocher ci-contre : si le sujet vit en milieu supervisé, c'est-à-dire où l'accès à l'alcool ou aux autres substances contrôlées est restreint, et s'il ne répond pas aux critères de dépendance ou d'abus d'alcool depuis au moins un mois. Exemples : milieu carcéral hautement supervisé où l'on ne tolère pas l'usage des drogues, communautés thérapeutiques et installations hospitalières sous verrous.

E26

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

**TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION D'AUTRES SUBSTANCES
QUE L'ALCOOL
(DÉPENDANCE OU ABUS PASSÉ OU PRÉSENT)**

Maintenant, je vais vous interroger au sujet de l'usage que vous faites des drogues ou des médicaments.

PRÉSENTER AU SUJET LA LISTE DE
PSYCHOTROPES.

Avez-vous déjà pris une de ces substances pour atteindre un état d'euphorie ou pour mieux dormir, ou encore, pour perdre du poids ou modifier votre humeur ?

DÉTERMINER LE DEGRÉ D'UTILISATION DES PSYCHOTROPES ÉNUMÉRÉS À LA PAGE SUIVANTE À L'AIDE DES LIGNES DIRECTRICES FORMULÉES CI-DESSOUS.

LIGNES DIRECTRICES POUR ÉVALUER LE DEGRÉ D'UTILISATION DES PSYCHOTROPES :

POUR CHAQUE CLASSE DE PSYCHOTROPE UTILISÉ :

Soit (A), soit (B), selon qu'il s'agit d'une drogue illicite ou d'un médicament:

- ⇒ S'IL S'AGIT D'UNE DROGUE ILLICITE : À quelle époque avez-vous consommé le plus de (NOMMER LA DROGUE) ?

(Vous est-il arrivé d'en consommer au moins 10 fois par mois ?)

- ⇒ S'IL S'AGIT D'UN MÉDICAMENT: Vous est-il déjà arrivé de ne plus pouvoir vous passer de (NOMMER LE MÉDICAMENT) ou vous est-il déjà arrivé d'en prendre beaucoup plus que la dose recommandée ?

(A) Le sujet a déjà pris la drogue en question plus de 10 fois en l'espace d'un mois.

(B) Le sujet a ressenti une dépendance à un médicament OU en a utilisé en quantité supérieure aux doses recommandées.

À LA PAGE E.10, VIS-A-VIS DE CHAQUE CLASSE DE SUBSTANCES,

- ⇒ COTER "1" SI LE SUJET N'A JAMAIS UTILISÉ DE DROGUES DE CETTE CLASSE OU S'IL N'EN A UTILISÉ QU'UNE SEULE FOIS OU, DANS LE CAS D'UN MÉDICAMENT, S'IL A PRIS LA SUBSTANCE CONFORMÉMENT AUX DIRECTIVES.
- ⇒ COTER "2" SI LE SUJET A UTILISÉ UNE DROGUE DE CETTE CLASSE AU MOINS DEUX FOIS, MAIS À UNE FRÉQUENCE MOINDRE QUE CELLE DÉCRITE EN (A) CI-DESSUS.
- ⇒ COTER "3" SI LE SUJET A UTILISÉ UNE DROGUE À LA FRÉQUENCE DÉCRITE EN (A) OU S'IL SOUFFRE PROBABLEMENT D'UNE DÉPENDANCE À UN MÉDICAMENT — C'EST-À-DIRE SI LA SITUATION DÉCRITE EN (B) EST VRAIE.

? = information inappropriate

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

Sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques ("downers")

Quaalude ("ludes"), Seconal ("reds"), Valium, Xanax, Librium, barbituriques, Miltown, Ativan, Dalmane, Halcion, Restoril

Cannabis

Marijuana, haschisch ("hasch"), THC, "pot", herbe, mari, joint

Stimulants ("uppers")

Amphétamine, "speed", méthamphétamine ("crystal", "ice"), Dexedrine, Ritalin, anorexigènes ("coupe-faim", pilules pour maigrir)

Opiacés

Héroïne, morphine, opium, méthadone, Darvon, codéine, Percodan, Demerol, Dilaudid

Cocaïne

Par prise intranasale ou i.v., "freebase", crack, "speedball"

Hallucinogènes (psychédéliques)

LSD (acide), mescaline, peyotl, psilocybine, DOM (diméthoxyméthylamphétamine ou "STP"), champignons, ecstasy, MDA

PCP

Phencyclidine, poudre d'ange

Autres

Stéroïdes anabolisants, "colle", chlorure d'éthyle (fréon), solvants pour peinture, solvants volatils, oxyde nitreux (gaz hilarant), nitrite d'amyle ("popper"), somnifères (pilules pour dormir) et anorexigènes (pilules pour maigrir) en vente libre

ENCERCLER LE NOM DE CHAQUE SUBSTANCE DONT LE SUJET A DÉJÀ FAIT USAGE (OU ÉCRIRE LE NOM DE LA SUBSTANCE SOUS "AUTRE". (Préciser période problématique)

INDIQUER DURANT QUELLE PÉRIODE LA CONSOMMATION A ÉTÉ LE PLUS ÉLEVÉE, (ÂGE DU SUJET OU DATE ET DURÉE DE LA PÉRIODE) ET DÉCRIRE LES HABITUDES DE CONSOMMATION DU SUJET.

INDIQUER L'IMPORTANCE DE LA CONSOMMATION (SELON LES LIGNES DIRECTRICES, EN PAGE E.9)

Au cours de cette période...

Sédatifs, hypnotiques, anxiolytiques :
Quaalude, Seconal, Valium, Xanax, Librium, barbituriques, Miltown, Ativan, Dalmane, Halcion, Restoril ou autre : _____

? 1 2 3

E27

Cannabis : marijuana, haschisch, THC ou autre : _____

? 1 2 3

E28

Stimulants : amphétamines, "speed", méthamphétamine ("crystal"), Dexedrine, Ritalin, "ice" ou autre : _____

? 1 2 3

E29

Opiacés : héroïne, morphine, opium, méthadone, Darvon, codéine, Percodan, Demerol, Dilaudid ou autre non précisé : _____

? 1 2 3

E30

Cocaïne : intranasale, I.V., "freebase", "crack", "speedball" ou autre non précisé : _____

? 1 2 3

E31

Hallucinogènes et PCP : LSD, mescaline, peyoti, psilocybine, DOM (diméthoxyméthylamphétamine ou "STP"), champignons, PCP (poudre d'ange), ecstasy, MDA ou autre : _____

? 1 2 3

E32

Autres : stéroïdes anabolisants, "coffe", solvants pour peinture, solvants volatils, oxyde nitreux (gaz hilarant), nitrite d'amyle ("popper"), anorexigènes (pilules pour maigrir) ou pilules pour dormir vendus sans ordonnance ou autres non précisés ou non déterminés : _____

? 1 2 3

E33

AU MOINS UNE CATÉGORIE DE DROGUES A ÉTÉ COTÉE "2" OU "3"

1 3

E34

PASSER AU
MODULE SUIVANT

? = information
inappropriée

1 = drogue jamais consommée
ou consommée une fois seulement

2 = drogue consommée
de 2 à 10 fois par mois

3 = drogue consommée
plus de 10 fois par mois
ou dépendance à un médicament

SI LE SUJET A CONSOMMÉ DES SUBSTANCES D'AU MOINS TROIS CLASSES DIFFÉRENTES ET S'IL SE PEUT QU'IL LES AIT CONSOMMÉES SANS DISCERNEMENT PENDANT UNE CERTAINE PÉRIODE, LUI POSER LA QUESTION SUIVANTE :

Vous m'avez dit que vous aviez déjà fait usage de (NOMMER LES SUBSTANCES) ou d'alcool. Y a-t-il eu une période au cours de laquelle vous avez consommé beaucoup de drogues différentes en même temps et où le type de drogue vous importait peu, du moment qu'il vous était possible d'atteindre un état euphorique ?

Pendant une même période de 12 mois, le sujet a consommé de façon répétée des psychotropes d'au moins trois classes différentes (exception faite de la caféine et de la nicotine), sans en privilégier un en particulier, et durant cette période, il a (probablement) répondu aux critères de la dépendance aux psychotropes dans leur ensemble, mais à aucun psychotrope en particulier.

REMARQUE : CHEZ LES SUJETS QUI, À UN MOMENT DONNÉ, ONT CONSOMMÉ PLUSIEURS SUBSTANCES SANS DISCERNEMENT ET QUI, AU COURS D'AUTRES PÉRIODES, EN ONT CONSOMMÉ CERTAINES EN PARTICULIER, EN RÉPONSE À CHACUNE DES QUESTIONS DES PAGES SUIVANTES, ENCERCLEZ LA COTE APPROPRIÉE DANS LA COLONNE INTITULÉE POLY (POLYTOXICOMANIE) ET DANS LA COLONNE DE CHAQUE CLASSE DE SUBSTANCES PERTINENTE.

1 2 3

COTER LA
COLONNE
INTITULÉE
POLY

SI AUCUNE DES CLASSES DE SUBSTANCES DE LA PAGE E.10 N'A ÉTÉ COTÉE "3", C'EST-À-DIRE S'IL Y A DES COTES "2" MAIS AUCUNE COTE "3", PASSER À LA PAGE E.21, ABUS DE PSYCHOTROPES.

POUR TOUTES LES QUESTIONS DES PAGES E.12 À E.17, ENCERCLEZ LA COTE APPROPRIÉE DANS CHACUNE DES COLONNES CORRESPONDANT À UNE CLASSE DE SUBSTANCES COTÉE "3" À LA PAGE E.10.

Maintenant, je vais vous poser certaines questions précises au sujet de votre consommation de (NOMMER LES SUBSTANCES COTÉES "3"). (Préciser période problématique)

POUR CHACUNE DES SUBSTANCES COTÉES "3", COMMENCER CHACUNE DES QUESTIONS SUIVANTES PAR :

En ce qui concerne votre consommation de (NOMMER LA SUBSTANCE COTÉE "3")...

Au cours de cette période...

Vous est-il souvent arrivé de constater que, lorsque vous vous mettiez à en prendre, vous en preniez beaucoup plus que vous n'en aviez l'intention ?

SINON : De constater que vous en preniez beaucoup plus longtemps que vous ne l'aviez d'abord prévu ?

REMARQUE : LES CRITÈRES DE DÉPENDANCE NE SONT PAS PRÉSENTÉS DANS LE MÊME ORDRE QUE DANS LE DSM-IV.

| | SÉD., HYPN., ANXIOL. | CANN. | STIM. | OPIAC. | COC. | HAL. ET PCP | POLY | AUTRE |
|--|----------------------------|-------|-------|--------|------|----------------|------|-------|
| | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| (3) Souvent, la substance est consommée en quantité supérieure OU durant un laps de temps plus long que prévu. | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | ? | ? | ? | ? | ? | ? | ? | ? |
| | E36 | E37 | E38 | E39 | E40 | E41 | E42 | E43 |

Avez-vous essayé de diminuer votre consommation de (NOMMER LA SUBSTANCE) ou d'arrêter ?

SI OUI : Avez-vous déjà arrêté complètement ?

(Combien de fois avez-vous essayé de diminuer ou d'arrêter ?)

DANS LE DOUTE : Auriez-vous souhaité arrêter ou diminuer votre consommation de (NOMMER LA SUBSTANCE)

SI OUI : Cela vous préoccupait-il beaucoup ?

| | SÉD., HYPN., ANXIOL. | CANN. | STIM. | OPIAC. | COC. | HAL. ET PCP | POLY | AUTRE |
|--|----------------------------|-------|-------|--------|------|----------------|------|-------|
| (4) Le sujet éprouve sans cesse le désir de diminuer ou de maîtriser sa consommation du psychotrope OU il déploie de vains efforts en ce sens. | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | ? | ? | ? | ? | ? | ? | ? | ? |
| | E44 | E45 | E46 | E47 | E48 | E49 | E50 | E51 |

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

Avez-vous passé beaucoup de temps à consommer (NOMMER LA SUBSTANCE) ou à faire le nécessaire pour vous en procurer ? Est-ce que ça vous prenait beaucoup de temps à revenir à la normale après en avoir consommé ? (Combien de temps ? Plusieurs heures ?)

| | SÉD., HYPN., ANXIOL. | CANN. | STIM. | OPIAC. | COC. | HAL. ET PCP | POLY | AUTRE |
|--|----------------------------|-------|-------|--------|------|----------------|------|-------|
| (5) Le sujet passe un temps considérable à faire le nécessaire pour se procurer le psychotrope, pour le consommer ou pour se remettre de ses effets. | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | E52 | E53 | E54 | E55 | E56 | E57 | E58 | E59 |

Vous est-il arrivé de consommer (NOMMER LA SUBSTANCE) si souvent que vous négligiez votre travail, vos loisirs, votre famille ou vos amis ?

| | SÉD., HYPN., ANXIOL. | CANN. | STIM. | OPIAC. | COC. | HAL. ET PCP | POLY | AUTRE |
|---|----------------------------|-------|-------|--------|------|----------------|------|-------|
| (6) Le sujet abandonne ou réduit des activités importantes sur le plan social, professionnel ou récréatif, en raison de sa consommation du psychotrope. | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | ? | ? | ? | ? | ? | ? | ? | ? |
| | E60 | E61 | E62 | E63 | E64 | E65 | E66 | E67 |

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

QUESTION À POSER AU BESOIN : Avez-vous déjà eu des problèmes psychologiques, comme de la dépression parce que vous preniez (NOMMER LA SUBSTANCE) ?

QUESTION À POSER AU BESOIN : Avez-vous déjà eu des problèmes physiques sérieux, causés ou aggravés par le fait que vous preniez (NOMMER LA SUBSTANCE) ?

SI LE SUJET A RÉPONDU OUI À L'UNE DES DEUX QUESTIONS CI-DESSUS : Avez-vous continué à en prendre malgré tout ?

| | SÉD., HYPN., ANXIOL. | CANN. | STIM. | OPIAC. | COC. | HAL. ET PCP | POLY | AUTRE |
|--|----------------------------|-------|-------|--------|------|----------------|------|-------|
| (7) Le sujet continue à consommer la substance tout en se sachant affligé d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent, probablement causé ou exacerbé par celle-ci (p.ex., continue à prendre de la cocaïne malgré la présence d'une dépression qu'il reconnaît comme étant attribuable à la cocaïne). | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | ? | ? | ? | ? | ? | ? | ? | ? |
| | E68 | E69 | E70 | E71 | E72 | E73 | E74 | E75 |

Vous a-t-il semblé que vous deviez prendre beaucoup plus de (NOMMER LA SUBSTANCE) pour atteindre un état de bien-être ou d'euphorie que lorsque vous avez commencé ?

SI OUI : Combien plus ?

SINON : Vous a-t-il semblé qu'une même quantité de (NOMMER LA SUBSTANCE) avait beaucoup moins d'effet qu'auparavant ?

| | SÉD., HYPN., ANXIOL. | CANN. | STIM. | OPIAC. | COC. | HAL. ET PCP | POLY | AUTRE |
|---|----------------------------|-------|-------|--------|------|----------------|------|-------|
| (1) tolérance, se manifestant soit par (a), soit par (b) : | | | | | | | | |
| (a) besoin de quantités nettement plus importantes de la substance pour s'intoxiquer ou pour obtenir l'effet recherché; | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | ? | ? | ? | ? | ? | ? | ? | ? |
| (b) effet nettement moindre en cas d'ingestion continue de la même dose. | E76 | E77 | E78 | E79 | E80 | E81 | E82 | E83 |

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

IL SE PEUT QUE LA QUESTION SUIVANTE NE S'APPLIQUE PAS DANS LE CAS DU CANNABIS ET CELUI DES HALLUCINOGENES ET DE LA PCP.

Lorsqu'il vous est arrivé de cesser de prendre (NOMMER LA SUBSTANCE) ou d'en réduire les doses, avez-vous éprouvé des symptômes de sevrage, autrement dit, cela vous a-t-il rendu(e) malade ?

SI OUI : Quel genre de symptômes avez-vous ressentis ? (CONSULTER LA LISTE DES SYMPTÔMES DE SEVRAGE À LA PAGE E.16)

SI LE SUJET A ÉPROUVÉ DES SYMPTÔMES DE SEVRAGE : Vous est-il souvent arrivé de prendre (NOMMER LA SUBSTANCE), après quelques heures ou plus d'abstinence, afin d'éviter d'avoir de tels symptômes ?

Vous est-il arrivé de prendre (NOMMER DES SUBSTANCES DE LA MÊME CLASSE QUE LE PSYCHOTROPE EN QUESTION), lorsque vous éprouviez (ÉNUMÉRER LES SYMPTÔMES DE SEVRAGE RESENTIS PAR LE SUJET) afin de vous sentir mieux ?

| (2) sevrage, se manifestant soit par (a), soit par (b) : | SÉD., HYPN., ANXIOL. | CANN. | STIM. | OPIAC. | COC. | HAL ET PCP | POLY | AUTRE |
|--|----------------------------|-------|-------|--------|------|---------------|------|-------|
| (a) le syndrome de sevrage caractéristique de la substance en question | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| (b) la prise de la substance en question (ou d'une substance apparentée) pour éviter ou soulager les symptômes de sevrage. | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | ? | ? | ? | ? | ? | ? | ? | ? |
| | E84 | E85 | E86 | E87 | E88 | E89 | E90 | E91 |

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

LES SYMPTÔMES DE SEVRAGE À DIVERS TYPES DE PSYCHOTROPES (TIRÉS DES CRITÈRES DU DSM-IV)

On trouvera ci-dessous la liste des symptômes de sevrage à diverses classes de psychotropes dont le syndrome de sevrage a été défini. (REMARQUE : On n'a pas défini de syndrome de sevrage au CANNABIS ainsi qu'aux HALLUCINOGENES et à la PCP.) Des symptômes de sevrage peuvent se manifester après l'arrêt d'une consommation prolongée d'un psychotrope, en quantités modérées ou fortes, ou encore, par suite d'une diminution de la dose.

SÉDATIFS, HYPNOTIQUES ET ANXIOLYTIQUES

Au moins deux des symptômes suivants, pouvant se manifester entre quelques heures et quelques jours après l'arrêt (ou la diminution) d'une consommation prolongée, à des doses fortes, d'un sédatif, d'un hypnotique ou d'un anxiolytique :

- (1) hyperactivité du système neurovégétatif (p.ex., transpiration, tachycardie [pouls supérieur à 100])
- (2) augmentation du tremblement des mains
- (3) insomnie
- (4) nausées et vomissements
- (5) illusions ou hallucinations visuelles, tactiles ou auditives transitoires
- (6) agitation
- (7) anxiété
- (8) crises d'épilepsie (grand mal)

STIMULANTS ET COCAÏNE

Dysphorie ET au moins deux des modifications physiologiques suivantes, apparaissant quelques heures ou quelques jours après l'arrêt (ou la diminution) d'une consommation prolongée, à des doses fortes :

- (1) fatigue
- (2) rêves frappants et pénibles
- (3) insomnie ou hypersomnie
- (4) augmentation de l'appétit
- (5) ralentissement psychomoteur ou agitation

OPIACÉS

Au moins trois des symptômes suivants apparaissant quelques minutes ou quelques jours après l'arrêt (ou la diminution) d'une consommation prolongée (plusieurs semaines au moins) d'un opiacé, à des doses fortes, ou après l'administration d'un antagoniste d'un opiacé (après une période de consommation d'un opiacé) :

- (1) dysphorie
- (2) nausées ou vomissements
- (3) douleurs musculaires
- (4) larmoiements ou rhinorrhée
- (5) dilatation pupillaire, pilo-érection ou transpiration
- (6) diarrhée
- (7) bâillements
- (8) fièvre
- (9) insomnie

QUESTION À POSER AU BESOIN : Quand vous est-il arrivé de (NOMMER LES SYMPTÔMES DE DÉPENDANCE COTÉS "3" - PAGES E.12 À E.15) ? Ces manifestations sont-elles toutes survenues à peu près à la même période?

DÉPENDANCE À UN PSYCHOTROPE : Au moins trois symptômes de dépendance sont cotés "3" ET sont survenus pendant une même période de 12 mois.

| SÉD., HYPN., ANXIOL. | CANN. | STIM. | OPIAC. | COC. | HAL. ET PCP | POLY | AUTRE |
|----------------------------|-------|-------|--------|------|----------------|------|-------|
| 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| E92 | E93 | E94 | E95 | E96 | E97 | E98 | E99 |

Préciser le type de dépendance :

- | | | | | | | | |
|--|------|------|------|------|------|------|------|
| - Avec dépendance physique (à l'heure actuelle, le sujet présente des signes de tolérance ou de sevrage) | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| - Sans dépendance physique (à l'heure actuelle, le sujet ne présente aucun signe de tolérance ni de sevrage) | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | E100 | E101 | E102 | E103 | E104 | E105 | E106 |

POUR CHAQUE CLASSE DE PSYCHOTROPE COTÉE "3", PASSER AUX QUESTIONS CONCERNANT LA CHRONOLOGIE. PAGE E.18.

Moins de 3 symptômes de dépendance sont cotés "3".

| | | | | | | | |
|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| E108 | E109 | E110 | E111 | E112 | E113 | E114 | E115 |

POUR CHAQUE CLASSE DE PSYCHOTROPE
COTÉE *1* CI-DESSUS, PASSER À LA PAGE
E.21. ABUS DE PSYCHOTROPES (PASSÉ OU
PRÉSENT) ET POSER LES 4 QUESTIONS
RELATIVES À L'ABUS.

CHRONOLOGIE DE LA DÉPENDANCE

DANS LE DOUTE : Avez-vous pris (NOMMER LA SUBSTANCE), au cours des 6 derniers mois ?

SI OUI : Le fait de prendre (NOMMER LA SUBSTANCE) vous a-t-il causé des ennuis ?

Vous est-il arrivé d'être dans un état euphorique au travail ou à l'école ou alors que vous preniez soin d'un enfant ? Vous est-il arrivé de manquer quelque chose d'important parce que vous étiez dans un état euphorique ou en train de vous remettre d'une intoxication ? Vous est-il arrivé de conduire en prenant (NOMMER LA SUBSTANCE) ? Avez-vous eu des ennuis avec la justice à cause de vos habitudes de consommation de (NOMMER LA SUBSTANCE) ?

REMARQUE : IL SE PEUT QUE VOUS AYEZ À CONSULTER LES CRITÈRES D'ABUS À LA PAGE E.21.

| SÉD., HYPN., ANXIOL. | CANN. | STIM. | OPIAC. | COC. | HAL ET PCP | POLY | AUTRE |
|----------------------------|-------|-------|--------|------|---------------|------|-------|
|----------------------------|-------|-------|--------|------|---------------|------|-------|

Le sujet a répondu à tous les critères de la dépendance au cours des 6 derniers mois (ou n'a pas connu un mois sans symptômes de dépendance ou d'abus depuis la survenue de sa dépendance).

| | | | | | | | |
|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| E116 | E117 | E118 | E119 | E120 | E121 | E122 | E123 |

PRÉCISER LA GRAVITÉ DE L'ÉTAT DE DÉPENDANCE À CHAQUE CLASSE DE PSYCHOTROPE COTÉ "3", À LA PAGE SUIVANTE.

Le sujet n'a présenté aucun symptôme de dépendance ou d'abus au cours des 6 derniers mois ou répond à une partie des critères, après une période d'un mois sans symptômes.

| | | | | | | | |
|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| E124 | E125 | E126 | E127 | E128 | E129 | E130 | E131 |

POUR CHAQUE CLASSE DE PSYCHOTROPE COTÉ "1", INDIQUER LE TYPE DE RÉMISSION, À LA PAGE E.20.

COTER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ DE LA DÉPENDANCE À CHAQUE TYPE DE PSYCHOTROPE AUQUEL LE SUJET EST DÉPENDANT ACTUELLEMENT.

SE SERVIR DE L'ÉCHELLE CI-DESSOUS POUR ÉVALUER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ DE LA DÉPENDANCE PENDANT LA PIRE SEMAINE DES 8 DERNIERS MOIS (il sera peut-être nécessaire de poser des questions additionnelles pour connaître les effets du psychotrope sur la vie sociale et professionnelle du sujet).

| SÉD., HYPN., ANXIOL. | CANN. | STIM. | OPIAC. | COC. | HAL. ET PCP | POLY | AUTRE |
|----------------------------|-------|-------|--------|------|----------------|------|-------|
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| E132 | E133 | E134 | E135 | E136 | E137 | E138 | E139 |

- 1 Légère : Peu, voire aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes n'entraînent qu'une légère incapacité sur le plan professionnel ou dans les activités sociales ou les relations du sujet avec autrui.
- 2 Moyenne : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
- 3 Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic et ces symptômes nuisent grandement aux activités professionnelles ou sociales habituelles du sujet ou encore à ses relations avec autrui.

DÉPENDANCE — TYPES DE RÉMISSION

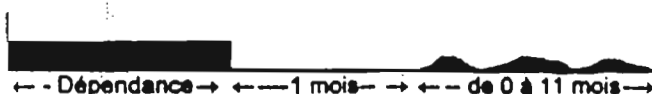
DÉTERMINER LE TYPE DE RÉMISSION UNIQUEMENT SI, À UN MOMENT OU À UN AUTRE DANS LE PASSÉ, LE SUJET N'A RÉPONDU À AUCUN CRITÈRE DE DÉPENDANCE OU D'ABUS PENDANT AU MOINS UN MOIS.

Remarque : On ne doit pas préciser le type de rémission si le sujet suit un traitement de substitution ou s'il vit en milieu supervisé (voir la définition de ces termes en page E.8).

- 1 Rémission complète au stade précoce : Le sujet n'a répondu à aucun critère de dépendance ou d'abus pendant au moins un mois, mais moins de 12 mois.



- 2 Rémission partielle au stade précoce : Le sujet a répondu à au moins un critère de dépendance ou d'abus pendant au moins un mois, mais moins de 12 mois (sans répondre au nombre de critères nécessaires pour poser un diagnostic de dépendance).



- 3 Rémission complète et soutenue : Le sujet n'a répondu à aucun critère de dépendance ni d'abus pendant une période de 12 mois ou plus.



- 4 Rémission partielle et soutenue : Pendant une période de 12 mois ou plus, le sujet n'a pas répondu au nombre de critères requis pour poser un diagnostic de dépendance ou d'abus; cependant, il a répondu à au moins un de ces critères.



PRÉCISER LE TYPE DE RÉMISSION AU MOYEN DE L'ÉCHELLE CI-DESSOUS.

| | SÉD., HYPN., ANXIOL. | CANN. | STIM. | OPIAC. | COC. | HAL ET PCP | POLY | AUTRE |
|---|----------------------------|-------|-------|--------|------|---------------|------|-------|
| Rémission complète au stade précoce : | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Rémission partielle au stade précoce : | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Rémission complète et soutenue : | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Rémission partielle et soutenue : | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Cocher si le sujet suit un traitement de substitution (prise d'un agoniste) : | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Cocher si le sujet vit dans un milieu supervisé : | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | E140 | E141 | E142 | E143 | E144 | E145 | E146 | E147 |

ABUS DE PSYCHOTROPES (PASSÉ OU PRÉSENT)

- ⇒ POUR CHAQUE CLASSE DE PSYCHOTROPES COTÉE "2" À LA PAGE E.10 (C'EST-À-DIRE, POUR LES SUBSTANCES CONSOMMÉES MOINS DE 10 FOIS PAR MOIS), COMMENCER LA PRÉSENTE SECTION PAR LA PHRASE SUIVANTE :

Maintenant, je vais vous poser quelques questions précises concernant vos habitudes de consommation de (NOMMER LES SUBSTANCES COTÉES "2").

- ⇒ POUR CHAQUE CLASSE DE PSYCHOTROPES COTÉE "1", À LA PAGE E.17, POUR LAQUELLE LE SUJET N'A PAS RÉPONDU AUX CRITÈRES DE DÉPENDANCE :

Maintenant, j'aimerais vous poser quelques questions additionnelles concernant vos habitudes de consommation de (NOMMER LES SUBSTANCES COTÉES "3" POUR LESQUELLES LE SUJET N'A PAS RÉPONDU AUX CRITÈRES DE DÉPENDANCE).

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

A. Des habitudes de consommation de psychotropes inappropriées entraînant une détresse ou un handicap marqués sur le plan clinique, comme en témoigne au moins un des symptômes suivants, survenu durant une période de 12 mois :

Après avoir pris (NOMMER LA SUBSTANCE), vous est-il souvent arrivé d'être intoxiqué(e) ou dans un état euphorique ou encore, en train de vous remettre d'une intoxication, à un moment où vous deviez vous occuper de choses importantes, par exemple lorsque vous étiez au travail ou à l'école ou que vous deviez prendre soin d'un enfant ?

SINON : Vous est-il arrivé de manquer quelque chose d'important, par exemple, le travail, l'école ou un rendez-vous parce que vous étiez intoxiqué(e) ou dans un état euphorique ou encore, en train de vous remettre d'une intoxication ?

SI LE SUJET A RÉPONDU OUI AUX DEUX QUESTIONS PRÉCÉDENTES: À quelle fréquence cela vous est-il arrivé ? (À quelle époque et pendant combien de temps ?)

| (1) consommation répétée d'un psychotrope rendant le sujet incapable de remplir des obligations importantes au travail, à l'école ou à la maison (p. ex., absences répétées du travail ou rendement médiocre lié à la consommation d'un psychotrope; absences, suspensions ou expulsions de l'école liées à la consommation d'un psychotrope; négligence dans la garde des enfants ou les soins du ménage). | SÉD., HYPN., ANXIOL. | CANN. | STIM. | OPIAC. | COC. | HAL. ET PCP | POLY | AUTRE |
|---|----------------------------|-------|-------|--------|------|----------------|------|-------|
| | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | E148 | E149 | E150 | E151 | E152 | E153 | E154 | E155 |

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

Vous est-il déjà arrivé de prendre (NOMMER LA SUBSTANCE) à un moment où il était dangereux de le faire ? (Vous est-il arrivé de conduire après avoir pris (NOMMER LA SUBSTANCE), lorsque vous étiez dans un tel état euphorique que cela comportait certains risques ?)

SI OUI, QUESTION À POSER AU BESOIN : À quelle fréquence cela vous est-il arrivé ? (À quelle époque et pendant combien de temps ?)

| | SÉD., HYPN., ANXIOL. | CANN. | STIM. | OPIAC. | COC. | HAL. ET PCP | POLY | AUTRE |
|---|----------------------------|-------|-------|--------|------|----------------|------|-------|
| (2) consommation répétée d'un psychotrope dans des situations où celle-ci pourrait s'avérer dangereuse (p.ex., conduite d'un véhicule ou d'une machine) | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | E156 | E157 | E158 | E159 | E160 | E161 | E162 | E163 |

Avez-vous eu des ennuis avec la justice à cause de votre consommation de (NOMMER LA SUBSTANCE) ?

SI OUI, QUESTION À POSER AU BESOIN : À quelle fréquence cela vous est-il arrivé ? (À quelle époque et pendant combien de temps ?)

| | SÉD., HYPN., ANXIOL. | CANN. | STIM. | OPIAC. | COC. | HAL. ET PCP | POLY | AUTRE |
|---|----------------------------|-------|-------|--------|------|----------------|------|-------|
| (3) difficultés répétées avec la justice, | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| liées à la consommation d'un psychotrope | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| (p.ex., arrestations pour conduite liée à | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| la consommation d'une substance). | E164 | E165 | E166 | E167 | E168 | E169 | E170 | E171 |

? = information inappropriate

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

QUESTION À POSER AU BESOIN : Avez-vous eu des difficultés avec les autres parce que vous preniez (NOMMER LA SUBSTANCE), p.ex., avec des membres de votre famille, des amis, ou des collègues de travail ? (En êtes-vous venu(e) aux coups ou encore, avez-vous eu de violentes querelles verbales concernant le fait que vous preniez de la drogue ?)

SI OUI : Avez-vous quand même continué à prendre (NOMMER LA SUBSTANCE) ? (À quelle époque et pendant combien de temps ?)

| | SÉD., HYPN., ANXIOL. | CANN. | STIM. | OPIAC. | COC. | HAL. ET PCP | POLY | AUTRE |
|---|----------------------------|-------|-------|--------|------|----------------|------|-------|
| (4) poursuite de la consommation du psychotrope malgré les problèmes sociaux ou personnels persistants ou fréquents causés ou exacerbés par la substance (p.ex., querelles avec le conjoint au sujet des conséquences de l'intoxication, violence physique) | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | E172 | E173 | E174 | E175 | E176 | E177 | E178 | E179 |

| | SÉD., HYPN., ANXIOL. | CANN. | STIM. | OPIAC. | COC. | HAL. ET PCP | POLY | AUTR |
|--|----------------------------|-------|-------|--------|------|----------------|------|------|
| ABUS DE PSYCHOTROPES (PASSÉ OU PRÉSENT) : | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Au moins un des items de "A" est coté "3". | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | E180 | E181 | E182 | E183 | E184 | E185 | E186 | E187 |

| | SÉD., HYPN., ANXIOL. | CANN. | STIM. | OPIAC. | COC. | HAL. ET PCP | POLY | AUTRE |
|---|----------------------------|-------|-------|--------|------|----------------|------|-------|
| POUR LES CLASSES DE PSYCHOTROPES AYANT FAIT L'OBJET D'UN ABUS PASSÉ OU PRÉSENT (C'EST-À-DIRE COTÉES "3" À LA QUESTION PRÉCÉDENTE) : | | | | | | | | |
| Le sujet a éprouvé des symptômes d'abus de la substance au cours des 6 derniers mois. | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| DANS LE DOUTE : À quand remontent les dernières difficultés éprouvées en ce qui concerne votre prise de (NOMMER LA SUBSTANCE) ? | E188 | E189 | E190 | E191 | E192 | E193 | E194 | E195 |

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

SYMPTÔMES DE PSYCHOSE ET AUTRES SYMPTÔMES ASSOCIÉS

LE PRÉSENT MODULE SERT À ÉVALUER LES SYMPTÔMES DE PSYCHOSE QU'AURAIT PU ÉPROUVER LE SUJET À UN MOMENT OU À UN AUTRE AU COURS DE SA VIE, AINSI QUE LES AUTRES SYMPTÔMES QUI SY ASSOCIENT.

DÉCRIRE LE CONTENU RÉEL DE CHAQUE SYMPTÔME DE PSYCHOSE COTÉ "3" ET INDIQUER LA DURÉE DE LA PÉRIODE PENDANT LAQUELLE IL A ÉTÉ PRÉSENT.

IDÉES DÉLIRANTES

- Je vais maintenant vous interroger sur des expériences inhabituelles que vivent parfois certaines personnes.

Q. L'histoire.

IDÉES DÉLIRANTES

Croyance personnelle erronée, fondée sur une déduction incorrecte de la réalité et fermement maintenue en dépit de la croyance quasi-générale et de toute preuve évidente et irréfutable du contraire. Il ne s'agit pas d'une croyance acceptée normalement par les autres membres du même groupe culturel que le sujet ou d'un sous-groupe de la même culture. Coter "2" les idées auxquelles le sujet accorde une valeur exagérée (croyances insensées auxquelles le sujet croit, mais avec moins d'intensité que dans le cas des idées délirantes).

- Vous a-t-il déjà semblé que les autres parlaient de vous ou vous accordaient une attention particulière ? *Conviction*

SI OUI : Aviez-vous la conviction qu'ils parlaient de vous ou avez-vous pensé que c'était peut-être votre imagination ?

Interprétation délirante, c'est-à-dire que le sujet a la conviction que les événements ou encore que les personnes ou les choses qui l'entourent ont une signification particulière ou inhabituelle.

? 1 2 3 *B*

DÉCRIRE :

- Vous a-t-il semblé recevoir des messages particuliers par l'intermédiaire de la télévision, de la radio, des journaux ou d'après la façon dont les objets étaient disposés autour de vous ?

- Vous a-t-il semblé que les gens faisaient exprès pour vous créer des ennuis ou qu'ils essayaient de vous faire du mal ?

histoire de persécution

Idée de persécution, c'est-à-dire que le sujet croit que lui-même, ou le groupe auquel il appartient, est l'objet d'attaques, de harcèlement, de malversations, de persécutions ou de conspirations.

? 1 2 3 *B*

DÉCRIRE :

- ✓ Avez-vous déjà eu l'impression que vous étiez particulièrement important(e) d'une certaine façon ou que vous déteniez des pouvoirs spéciaux qui vous permettaient de faire des choses que les autres ne pouvaient faire ?

Idée délirante de type mégalomaniacale, c'est-à-dire dont le thème prédominant est une idée exagérée de son pouvoir, de ses connaissances, ou de son importance ou la conviction d'une relation exceptionnelle avec une divinité ou une personne célèbre.

? 1 2 3 B

DÉCRIRE :

- ✓ Avez-vous déjà eu l'impression que vous n'alliez pas bien du tout, par exemple, que vous aviez le cancer ou quelque autre maladie grave, même si votre médecin vous assurait du contraire ?

Idée délirante de type somatique, c'est-à-dire dont le thème prédominant porte sur des défauts ou des modifications de l'apparence ou du fonctionnement de certaines parties du corps.

? 1 2 3 B

DÉCRIRE :

- ✓ Avez-vous déjà eu la conviction qu'il y avait quelque chose qui clochait vraiment concernant votre apparence ?

(Avez-vous déjà eu l'impression qu'il se produisait quelque chose de bizarre dans certaines parties de votre corps ?)

(Avez-vous déjà eu des expériences inhabituelles sur le plan religieux ?)

Autres idées délirantes

? 1 2 3 B

Cocher selon le cas :

À thème religieux

— B6

De culpabilité

— B7

À type de jalousie

— B8

De type érotomaniacale

— B9

(Avez-vous déjà eu l'impression que vous aviez commis une faute grave ou que vous aviez fait quelque chose de terrible et que vous méritiez d'être puni(e) ?)

DÉCRIRE :

SI LE SUJET N'A JAMAIS EU D'IDÉES DÉLIRANTES ET S'IL N'Y A PAS LIEU DE SOUPÇONNER LA PRÉSENCE D'ASPECTS PSYCHOTIQUES, COCHER L'ESPACE CI-CONTRE ET PASSER À LA PAGE B.4.
HALLUCINATIONS AUDITIVES.

— B10
B4

- Avez-vous déjà eu l'impression que vos pensées ou vos actions étaient sous l'emprise de quelqu'un ou de quelque chose d'autre, contre votre gré ?

(Avez-vous déjà eu l'impression qu'on insinuait des pensées étrangères dans votre tête ?)

(Avez-vous déjà eu, au contraire, l'impression qu'on vous soustrayait vos pensées ?)

Idées d'influence, c'est-à-dire croyance que ses sentiments, ses impulsions, ses pensées ou ses actions sont sous l'emprise d'une force extérieure.

Cocher selon le cas :

Pensées imposées

Vol de la pensée

DÉCRIRE :

— B12
— B13

- Avez-vous déjà eu l'impression que vos pensées étaient diffusées directement de votre tête vers le monde extérieur, de telle sorte que les autres pouvaient les entendre ?

• Avez-vous déjà cru que quelqu'un pouvait lire dans vos pensées ?

Divulgar la pensée, c'est-à-dire croire que ses pensées peuvent être entendues par autrui.

DÉCRIRE :

- Comment expliquez-vous (CONTENU DE L'IDÉE DÉLIRANTE) ?

Idées délirantes bizarres, c'est-à-dire comportant un phénomène considéré comme manifestement invraisemblable dans le sous-groupe culturel du sujet (p.ex., que le cerveau du sujet a été remplacé par celui d'une autre personne).

DÉCRIRE :

HALLUCINATIONS AUDITIVES

Hallucinations (psychotiques)

Perception sensorielle ressemblant à s'y méprendre à celle d'un événement réel, mais ne passant pas par une stimulation extérieure de l'organe sensoriel concerné. (COTER "2" LES HALLUCINATIONS SI PASSAGÈRES QU'ELLES N'ONT PAS DE SIGNIFICATION SUR LE PLAN CLINIQUE.)

- Avez-vous déjà entendu des choses que les autres ne pouvaient pas entendre, comme des bruits ou la voix de personnes en train de parler ou de chuchoter ? (Étiez-vous éveillé(e) au moment où cela s'est produit ?)

• SI OUI : Qu'avez-vous entendu ?
Cela vous est-il arrivé souvent ? À quelle fréquence ?

Hallucinations auditives survenant lorsque le sujet est complètement éveillé, qu'il entend dans sa tête ou qui semblent provenir de l'extérieur.

DÉCRIRE :

? 1 2 3 B

PASSER AUX
HALLUCINATIONS
VISUELLES
CI-DESSOUS

- SI LE SUJET A ENTENDU DES VOIX : Ces voix passaient-elles des commentaires sur ce que vous faisiez ou ce que vous pensiez ?

Combien de voix avez-vous entendues ? Se parlaient-elles ?

Une voix commentant en permanence les actes ou les pensées du sujet à mesure que ceux-ci se déroulent.

Deux ou plusieurs voix conversant entre elles.

? 1 2 3 B

? 1 2 3 B

HALLUCINATIONS VISUELLES

- Avez-vous déjà eu des visions ou avez-vous déjà vu des choses que les autres ne pouvaient pas voir ? (Étiez-vous éveillé(e) au moment où cela s'est produit ?)

REMARQUE : BIEN FAIRE LA DISTINCTION ENTRE HALLUCINATION VISUELLE ET ILLUSION, CETTE DERNIÈRE ÉTANT UNE PERCEPTION ERRONÉE D'UN STIMULUS VISUEL RÉEL.

- Vous est-il arrivé d'éprouver des sensations étranges en certaines parties de votre corps ou à la surface de votre peau ?

Hallucinations visuelles.

DÉCRIRE :

? 1 2 3 B

Hallucinations tactiles, p.ex., chocs électriques.

DÉCRIRE :

? 1 2 3 B

? = information
Inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

- (Vous est-il arrivé de sentir ou de goûter des choses que les autres ne pouvaient sentir ou goûter ?)

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Autres types d'hallucinations, p.ex., olfactives ou gustatives. | ? | 1 | 2 | 3 | 8 |
|---|---|---|---|---|---|

Cocher selon le cas :

Hallucinations gustatives

Hallucinations olfactives

DÉCRIRE :

AUTRES SYMPTÔMES

SI L'INTERROGATOIRE NE PERMET PAS DE DÉDUIRE QUE LE SUJET A ÉPROUVÉ DES SYMPTÔMES DE PSYCHOSE, COCHER L'ESPACE CI-CONTRE ET PASSER AU MODULE D.

(Permettez-moi de faire une pause, le temps de prendre des notes...)

POUR COTER LES ITEMS SUIVANTS,
S'APPUYER SUR L'OBSERVATION DU
SUJET ET SUR LES ANTÉCÉDENTS DE
CELUI-CI (CONSULTER SES DOSSIERS
MÉDICAUX PRÉCÉDENTS ET
INTERROGER D'AUTRES
OBSERVATEURS (MEMBRES DE SA
FAMILLE, PERSONNEL SOIGNANT)).

Catatonie :

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| Immobilité motrice (c'est-à-dire catalepsie ou stupeur). | ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|---|---|---|

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| Activité motrice exagérée (c'est-à-dire agitation apparemment inutile et non influencée par des stimulations extérieures). | ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|---|---|---|

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|----|
| Négativisme extrême (c'est-à-dire résistance apparemment immotivée à tout ordre ou à toute tentative de faire bouger le sujet) ou mutisme. | ? | 1 | 2 | 3 | 82 |
|---|---|---|---|---|----|

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Adoption de poses ou de mouvements stéréotypés. | ? | 1 | 2 | 3 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|

Écholalie ou échokinésie. ? 1 2 3 6

DÉCRIRE :

Comportement visiblement désorganisé, ? 1 2 3 4
pouvant se manifester tant par une insouciance
puérile que par une agitation imprévisible. Le
sujet aura une tenue débraillée et singulière
(p.ex., portera plusieurs manteaux, une écharpe
et des gants par temps chaud), aura un
comportement sexuel déplacé (p.ex., se
masturbera en public) ou fera preuve d'une
agitation imprévisible (p.ex., criera ou
blasphémiera) sans aucune provocation de la
part d'autrui.

DÉCRIRE :

Affect visiblement inapproprié : discordance nette ? 1 2 3 8 3
entre l'affect et le contenu du discours ou des
idées, p.ex., le sujet sourira en parlant de la
persécution dont il est victime.

DÉCRIRE :

Discours désorganisé: souvent décousu ? 1 2 3 8 3
(relâchement des associations) ou incohérent.
Le discours est décousu lorsque les idées
dévient, que le sujet passe d'une idée à une
autre n'ayant aucun rapport – ou qu'un rapport
lointain – avec la précédente. Le sujet peut
passer sans transition d'un cadre de référence à
un autre, au gré de sa fantaisie et juxtaposer des
idées qui n'ont pas de lien entre elles. Par
ailleurs, le discours est incohérent lorsqu'il est
absolument incompréhensible, qu'il est constitué
de mots ou de phrases assemblées au hasard,
sans aucun lien logique ni sémantique.

DÉCRIRE :

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

Numéro de dossier

Initiales du client

CAPS

CLINICIAN-ADMINISTERED PTSD SCALE

Version Française

Qu'est ce que la CAPS ?

- La CAPS est une entrevue semi-dirigée permettant de poser un diagnostic actuel ou passé d'État de stress post-traumatique (ESPT) congruent avec la nomenclature DSM-IV (APA, 1994).
- L'entrevue se présente sous la forme d'une série de questions répertoriant chacun des 17 symptômes cardinaux d'ESPT.
- L'entrevue CAPS permet d'évaluer la sévérité de chaque symptôme et de recueillir suffisamment d'information pour poser le diagnostic d'ESPT.
- La CAPS a été développée par le Centre national pour le stress post-traumatique des États-Unis (*National Center for PTSD*), par Blake D.D., Weathers F.W., Nagy L.M., Kaloupek D.G., Charney D.S. et Keane T.M.

Dans quel contexte utiliser la CAPS ?

- La CAPS est employée à des fins d'évaluation clinique, scientifique (recherche), ou juridique auprès d'une clientèle adulte et adolescente (15 ans et plus).
- Développée initialement pour évaluer d'anciens militaires, l'entrevue CAPS est maintenant utilisée pour évaluer une multitude de populations exposées à des événements traumatiques (ex. victimes de viols, d'agressions, d'accidents de la route, d'accidents de travail, d'inceste, de maladies graves, de tortures, etc.).

Numéro de dossier

Initiales du client

INSTRUCTIONS

1. Informer la personne interviewée:

« Je vais maintenant vous poser des questions à propos de certaines situations difficiles ou stressantes qui peuvent survenir. En voici quelques exemples: voir ou subir un accident grave, un incendie, un ouragan ou un tremblement de terre; être agressé(e), battu(e) ou attaqué(e) avec une arme; être forcé(e) d'accomplir des actes sexuels contre son gré. Je vais d'abord vous demander de prendre connaissance de la liste de telle situations et de cocher celles qui s'appliquent à votre cas. Ensuite, si l'une des situations s'applique à vous, je vais vous demander de m'expliquer brièvement ce qui s'est passé et ce que vous avez ressenti au moment où c'est arrivé. »

« Il peut être pénible de se rappeler certaines de ces situations qui peuvent rappeler des souvenirs désagréables ou des sentiments douloureux. En parler soulage certaines personnes, mais c'est à vous de décider ce que vous voulez me dire. Au cours de notre entretien, si vous vous sentez bouleversé(e), dites-le moi et nous pourrons faire une pause pour en parler. Si vous avez des questions à poser ou s'il y a quelque chose que vous ne comprenez pas très bien, veuillez me le dire. Avez-vous des questions avant de commencer l'entrevue? »

2. Remettre la check-list et donner les instructions pour que la personne la complète (voir check-list)

Une fois la liste des événements potentiellement traumatiques complétée, explorer le caractère traumatique de trois événements.

Si plus de trois événements sont cochés comme pertinents: vous devrez déterminer les trois événements à explorer. Par exemple : le premier, le pire et le plus récent des événements, ou les trois pires événements ou, le traumatisme qui peut être d'intérêt, etc...

3. Évaluer le caractère traumatique des événements:

Des événements sont-ils cochés comme pertinents sur la page précédente?

- ☐ **Oui** - Si «oui», remplir la feuille du premier événement et procéder à l'interrogation.
- ☐ **Non** - Si «non», poser la question «Avez-vous déjà été menacé de mort ou de blessure grave, même si vous n'avez pas réellement été blessé(e) ou n'avez pas subi de dommage?»

- ☐ **Oui** - Si «oui», remplir la feuille du premier événement et procéder à l'interrogation.
- ☐ **Non** - Si «non», poser la question «Avez-vous déjà été menacé de mort ou de blessure grave, même si vous n'avez pas réellement été blessé(e) ou n'avez pas subi de dommage?»

- ☐ **Oui** - Si «oui», remplir la feuille du premier événement et procéder à l'interrogation.
- ☐ **Non** - Si «non», le patient n'est pas admissible à l'évaluation.

Numéro de dossier

Initiales du client

Liste des événements potentiellement traumatiques.

Remettre la liste à la personne interviewée et lui dire:

« Voici une liste de situations difficiles ou stressantes qu'une personne peut avoir à traverser (vivre). Pour chaque situation, cocher une ou plusieurs cases pour indiquer que: (a) Vous avez vécu **personnellement** une telle situation; (b) Une autre personne a vécu une telle situation et **vous en avez été témoin**; (c) Vous **avez appris** qu'un de vos proches a vécu une telle situation; (d) La situation **ne s'applique pas** à vous. »

| Événement | Cela m'est arrivé | J'en ai été témoin | Je l'ai appris | Ne s'applique pas |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Catastrophe naturelle (inondation, ouragan, tornade, tremblement de terre, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Incendie ou explosion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Accident de la route (accident de voiture ou de bateau, déraillement de train, écrasement d'avion, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Accident grave au travail, à domicile ou pendant des occupations de loisirs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Exposition à une substance toxique (produits chimiques dangereux, radiation, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Agression physique (avoir été attaqué, frappé, poignardé, battu, reçu des coups de pieds, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Attaque à main armée (avoir été blessé par arme à feu ou arme tranchante, avoir été menacé avec un couteau, une arme à feu ou une bombe, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Agression sexuelle (viol, tentative de viol, être obligé d'accomplir tout acte sexuel par la force ou sous des menaces) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Autre expérience sexuelle non désirée et désagréable (abus sexuel dans l'enfance) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Participation à un conflit armé ou présence dans une zone de guerre (dans l'armée ou comme civil) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Captivité (avoir été kidnappé, enlevé, pris en otage, incarcéré comme prisonnier de guerre, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Maladie ou blessure mettant la vie en danger | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Souffrances humaines intenses | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Mort violente (homicide, suicide, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Mort subite et inattendue d'un proche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Blessure grave, dommage ou mort causé par vous à quelqu'un | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Toute autre expérience très stressante (négligence sévère dans l'enfance, torture) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Préciser: | | | | |

Numéro de dossier

Initiales du client

Feuillet d'exploration des événements potentiellement traumatiques

Premier événement: préciser le choix de l'événement exploré (le pire, le plus récent, etc.) _____

| | |
|--|--|
| Description de l'événement | |
| Que s'est-il passé ? Quel âge aviez-vous ? Qui d'autre était impliqué ? Combien de fois est-ce arrivé ? Y a-t-il eu ou avez-vous reçu des menaces de mort ? Des blessures graves ? | Description: type d'événement, victime(s), auteur(s) de l'acte, témoin(s) âge, fréquence |
| Comment avez-vous réagi sur le plan émotif pendant et peu après l'événement ? Avez-vous eu très peur ? Étiez-vous très anxieux ? Horrifié ? Avez-vous ressenti de l'impuissance ? Jusqu'à quel point ? Étiez-vous en état de choc ou tellement abasourdi(e) que vous n'avez rien ressenti ? Comment était-ce ? Comment les autres ont-ils perçu votre réaction émotive ? Et après l'événement comment avez-vous réagi sur le plan émotif ? | |

| A1 | Oui | Non | Soi | Autrui |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Menace de mort ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blessure grave ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Menace pour l'intégrité physique ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| A2 | Oui | Non | Durant | Après |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Peur intense, impuissance ou horreur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Le sujet satisfait-il au critère A ?

Le critère A est rempli si la réponse est « oui » à au moins une question de A1 et « oui » pour A2.

☐ Oui ☐ Non

Numéro de dossier

Initiales du client

Feuillet d'exploration des événements potentiellement traumatiques

Deuxième événement: préciser le choix de l'événement exploré (le pire, le plus récent, etc.) _____

| | |
|---|--|
| Description de l'événement | |
| Que s'est-il passé ? Quel âge aviez-vous ? Qui d'autre était impliqué ? Combien de fois est-ce arrivé ? Y a-t-il eu ou avez-vous reçu des menaces de mort ? Des blessures graves ? | Description: type d'événement, victime(s), auteur(s) de l'acte, témoin(s) âge, fréquence |
| Comment avez-vous réagi sur le plan émotif pendant et peu après l'événement? Avez-vous eu très peur ? Étiez-vous très anxieux ? Horrifié ? Avez-vous ressenti de l'impuissance ? Jusqu'à quel point ? Étiez-vous en état de choc ou tellement abasourdi(e) que vous n'avez rien ressenti ? Comment était-ce ? Comment les autres ont-ils perçu votre réaction émotive ? Et après l'événement comment avez-vous réagi sur le plan émotif ? | |

| A1 | Oui | Non | Soi | Autrui |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Menace de mort ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blessure grave ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Menace pour l'intégrité physique ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| A2 | Oui | Non | Durant | Après |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Peur intense, impuissance ou horreur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Le sujet satisfait-il au critère A ?

Le critère A est rempli si la réponse est « oui » à au moins une question de A1 et « oui » pour A2.

☐ Oui ☐ Non

Numéro de dossier

Initiales du client

Feuillet d'exploration des événements potentiellement traumatiques

Troisième événement: préciser le choix de l'événement exploré (le pire, le plus récent, etc.) _____

| | |
|--|--|
| Description de l'événement | |
| Que s'est-il passé ? Quel âge aviez-vous ? Qui d'autre était impliqué ? Combien de fois est-ce arrivé ? Y a-t-il eu ou avez-vous reçu des menaces de mort ? Des blessures graves ? | Description: type d'événement, victime(s), auteur(s) de l'acte, témoin(s) âge, fréquence |
| Comment avez-vous réagi sur le plan émotif pendant et peu après l'événement ? Avez-vous eu très peur ? Étiez-vous très anxieux ? Horrifié ? Avez-vous ressenti de l'impuissance ? Jusqu'à quel point ? Étiez-vous en état de choc ou tellement abasourdi(e) que vous n'avez rien ressenti ? Comment était-ce ? Comment les autres ont-ils perçu votre réaction émotive ? Et après l'événement comment avez-vous réagi sur le plan émotif ? | |

| A1 | Oui | Non | Soi | Autrui |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Menace de mort ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blessure grave ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Menace pour l'intégrité physique ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| A2 | Oui | Non | Durant | Après |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Peur intense, impuissance ou horreur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Le sujet satisfait-il au critère A ?

Le critère A est rempli si la réponse est « oui » à au moins une question de A1 et « oui » pour A2.

☐ Oui ☐ Non

Numéro de dossier

Initiales du client

CRITÈRE B : Reviviscence.**1. B1: Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement suscitant de la détresse.****Fréquence**

Dans le dernier mois, vous est-il arrivé que des souvenirs de l'événement (images, pensées, perceptions) ressurgissent spontanément, sans le vouloir et sans que rien ne les déclenche ? Avez-vous des exemples ? Ces souvenirs sont-ils revenus quand vous étiez éveillé(e) ou seulement en rêve ? (À exclure lorsque les souvenirs de l'événement ne reviennent qu'en rêve -voir B2- ou lorsque les souvenirs sont déclenchés -voir B4-.)

Combien de fois avez-vous eu de tels souvenirs au cours du dernier mois ?

- ☐ 0. Jamais
- ☐ 1. Une ou deux fois.
- ☐ 2. Une ou deux fois par semaine.
- ☐ 3. Plusieurs fois par semaine.
- ☐ 4. Tous les jours ou presque.

Description, exemples**Intensité**

Dans quelle mesure ces souvenirs vous ont-ils causé de la détresse ? Avez-vous pu les chasser de votre esprit et penser à autre chose ? (Cela a-t-il été difficile ?) Dans quelle mesure ces souvenirs ont-ils perturbés vos activités ?

- ☐ 0. Nullement : Arrive à chasser les souvenirs; pas de détresse; aucune perturbation dans ses activités.
- ☐ 1. Légèrement : peu de détresse psychologique ou de perturbation dans ses activités.
- ☐ 2. Modérément : détresse nettement présente mais supportable; quelques perturbations dans ses activités.
- ☐ 3. Sévèrement : détresse considérable, difficulté à chasser les souvenirs; perturbation marquée dans ses activités.
- ☐ 4. Extrêmement : détresse incapacitante, impossibilité de chasser les souvenirs; incapacité à poursuivre ses activités.

Numéro de dossier

Initiales du client

2. B2: Rêves répétitifs à propos de l'événement, suscitant de la détresse.

Fréquence

Au cours du dernier mois, avez-vous déjà fait des rêves pénibles à propos de l'événement ? Pouvez-vous me décrire un rêve typique. (Qu'arrive-t-il dans ces rêves ?) Combien de fois avez-vous fait de tels rêves au cours du dernier mois ?

- ☐ 0. Jamais
- ☐ 1. Une ou deux fois.
- ☐ 2. Une ou deux fois par semaine.
- ☐ 3. Plusieurs fois par semaine.
- ☐ 4. Tous les jours ou presque

Description, exemples

Intensité

Dans quelle mesure ces rêves vous ont-ils bouleversé(e) ou dérangé(e) ?

Est-il arrivé qu'ils vous réveillent ? Si oui, dans quel état vous êtes vous réveillé(e) ? Qu'avez-vous fait ? Combien de temps vous a-t-il fallu pour vous rendormir ?

(Être à l'écoute de toute indication d'éveil anxieux, de cris, de mise en acte du cauchemar.)

Vos rêves ont-ils déjà affecté une autre personne ? De quelle façon ?

- ☐ 0. Pas du tout dérangé(e) ou bouleversé(e).
- ☐ 1. Légèrement : peu de détresse psychologique, peut ne pas s'être réveillé(e).
- ☐ 2. Modérément : s'est réveillé(e) en détresse, mais s'est rendormi(e) facilement.
- ☐ 3. Sévèrement : détresse considérable, difficulté à se rendormir.
- ☐ 4. Extrêmement : détresse incapacitante, ne s'est pas rendormi(e).

Numéro de dossier : Initiales du client

3. B3: Agir ou se sentir comme si l'événement se reproduisait (impression de revivre l'événement, illusions, hallucinations et épisodes dissociatifs avec flash-back [rappel d'images], incluant ceux qui surviennent au réveil ou en état d'intoxication).

Fréquence

Dans le dernier mois, vous est-il déjà arrivé d'agir ou de vous sentir comme si soudainement l'événement survenait à nouveau ? Des images ou des rappels d'images (flash-backs) de l'événement vous sont-ils soudainement revenus ? Quand vous étiez éveillé(e) ou seulement en rêve ? (À exclure si elles ne sont revenues qu'en rêve.) Combien de fois est-ce arrivé au cours du mois dernier ?

- ☐ 0. Jamais
- ☐ 1. Une ou deux fois.
- ☐ 2. Une ou deux fois par semaine.
- ☐ 3. Plusieurs fois par semaine.
- ☐ 4. Tous les jours ou presque

Description, exemples

Intensité

Jusqu'à quel point cela semblait-il comme si l'événement survenait à nouveau ? Dans quelle mesure cela vous semblait-il réel ? (Par exemple, peut-être que vous ne saviez plus très bien où vous étiez, ni ce que vous faisiez ?) Combien de temps cette impression a-t-elle duré ? Qu'avez-vous fait pendant ce temps ? (D'autres personnes ont-elles remarqué votre comportement ? Qu'ont-elles dit ?)

- ☐ 0. Événement non revécu.
- ☐ 1. Légèrement : impression un peu plus réaliste que de simplement penser à l'événement.
- ☐ 2. Modérément : état dissociatif présent mais passager ; très conscient de l'endroit où il/elle se trouvait ; forme de rêve à l'état éveillé.
- ☐ 3. Sévèrement : état fortement dissociatif (dit voir des images, entendre des bruits ou sentir des odeurs), tout en restant un peu conscient de l'endroit où il/elle se trouvait.
- ☐ 4. Extrêmement : État complètement dissociatif (flash-back), inconscience de l'endroit où il/elle se trouvait, peut être insensible ; amnésie possible de l'épisode (black-out).

Numéro de dossier

Initiales du client

4. B4: Détresse psychologique intense, lorsque la personne est exposée à des indices qui ressemblent à un aspect de l'événement ou le symbolisent.

Fréquence

Dans le dernier mois, vous est-il déjà arrivé d'être bouleversé(e) lorsque quelque chose vous a rappelé l'événement ? (Est-ce que quelque chose a déjà déclenché en vous des sentiments pénibles liés à l'événement ?) Quels genres de choses vous ont rappelé l'événement et vous ont bouleversé(e) ?

Combien de fois est-ce arrivé au cours du dernier mois ?

- ☐ 0. Jamais
- ☐ 1. Une ou deux fois.
- ☐ 2. Une ou deux fois par semaine.
- ☐ 3. Plusieurs fois par semaine.
- ☐ 4. Tous les jours ou presque

Description, exemples

Intensité

Dans quelle mesure ces rappels vous ont-ils bouleversé(e) ou dérangé(e) ? Combien de temps ont-ils duré ? À quel point ont-ils affecté votre vie ?

- ☐ 0. Nullement.
- ☐ 1. Légèrement : peu de souffrance psychologique ou de perturbation dans ses activités.
- ☐ 2. Modérément : souffrance nettement présente mais supportable ; quelques perturbations dans ses activités.
- ☐ 3. Sévère : souffrance considérable ; perturbation marquée dans ses activités.
- ☐ 4. Extrêmement : souffrance incapacitante ; incapable de poursuivre ses activités.

Numéro de dossier

Initiales du client

5.B5 : Réactivité physiologique lorsque la personne est exposée à des éléments déclencheurs, internes ou externes, qui ressemblent à un aspect de l'événement ou le symbolisent.

Fréquence

Dans le dernier mois, vous est-il arrivé d'avoir des réactions physiques lorsque quelque chose vous a rappelé l'événement ? (Votre corps a-t-il réagi d'une certaine façon lorsque quelque chose vous a rappelé l'événement ?) Pouvez-vous m'en donner des exemples ? Votre cœur s'est-il mis à battre plus fort ou plus vite ? Votre respiration a-t-elle changée ? Avez-vous transpiré, êtes-vous devenu(e) très tendu(e) ou vous êtes-vous mis(e) à trembler ? Quels types d'indices déclenchent de telles réactions ?

Combien de fois est-ce arrivé au cours du dernier mois ?

- ☐ 0. Jamais.
- ☐ 1. Une ou deux fois.
- ☐ 2. Une ou deux fois par semaine.
- ☐ 3. Plusieurs fois par semaine.
- ☐ 4. Tous les jours ou presque.

Description, exemples

Intensité

Quelle était la force de ces réactions physiques ? Combien de temps ont-elles duré ? (Ont-elles persisté même hors de cette situation ?)

- ☐ 0. Aucune réactivité physique.
- ☐ 1. Légèrement : peu de réactivité.
- ☐ 2. Modérément : réactivité physique nettement présente mais supportable, même si l'exposition aux éléments déclencheurs continue.
- ☐ 3. Sévèrement : réactivité physique considérable, qui persiste pendant toute l'exposition aux déclencheurs.
- ☐ 4. Extrêmement : réactivité physique prononcée dont l'activation persiste même après la fin de l'exposition aux déclencheurs.

Numéro de dossier

Initiales du client

CRITÈRE C *Évitement persistant des stimuli associés à l'événement traumatique et émoussement psychique (absent avant le l'événement).*

6. C1: Efforts délibérés pour éviter les pensées, les sensations ou les conversations liées à l'événement traumatique.

Fréquence

Dans le dernier mois, avez-vous déjà essayé d'éviter les pensées, les conversations ou les sensations liées à l'événement ? (Quelles sortes de pensées ou de sensations avez-vous essayé d'éviter ?) Faites-vous des efforts pour éviter d'en parler à d'autres personnes ? (Pourquoi ?) Combien de fois cela vous est-il arrivé au cours du dernier mois ?

- ☐ 0. Jamais.
- ☐ 1. Une ou deux fois.
- ☐ 2. Une ou deux fois par semaine.
- ☐ 3. Plusieurs fois par semaine.
- ☐ 4. Tous les jours ou presque.

Description, exemples

Intensité

Dans quelle mesure vous êtes-vous efforcé(e) d'éviter les pensées, les sensations ou les conversations liées à l'événement ? (Qu'avez-vous fait pour les éviter ? Avez-vous consommé de l'alcool ? Des médicaments ? Des drogues ?) (Considérer de toutes les tentatives d'évitement, y compris les distractions, la suppression et la consommation d'alcool ou de drogues.)

Dans quelle mesure cela a-t-il affecté votre vie ?

- ☐ 0. Nullement.
- ☐ 1. Légèrement : peu d'effort ; peu ou pas de perturbation dans ses activités.
- ☐ 2. Modérément : certains efforts ; évitement nettement présent ; quelques perturbations dans ses activités.
- ☐ 3. Sévèrement : efforts considérables ; évitement marqué ; perturbation marquée dans ses activités ou participation à certaines activités comme stratégie d'évitement.
- ☐ 4. Extrêmement : immenses efforts d'évitement ; incapacité de poursuivre ses activités ou participation excessive à certaines activités comme stratégie d'évitement.

Numéro de dossier

Initiales du client

7. C2 : Efforts délibérés pour éviter les activités, les situations ou les gens qui entraînent une réactualisation des souvenirs du traumatisme.

Fréquence

Dans le dernier mois, avez-vous déjà essayé d'éviter certaines activités, certaines situations ou certaines personnes qui vous rappellent l'événement ? (Quelle sortes d'activités, de situations ou de gens avez-vous essayé d'éviter ? Pourquoi ?)

Combien de fois au cours du dernier mois ?

- ☐ 0. Jamais.
- ☐ 1. Une ou deux fois.
- ☐ 2. Une ou deux fois par semaine.
- ☐ 3. Plusieurs fois par semaine.
- ☐ 4. Tous les jours ou presque.

Description, exemples

Intensité

Dans quelle mesure avez-vous fait des efforts pour éviter les activités, les situations ou les gens qui vous rappellent l'événement ? (Qu'avez-vous fait à la place ?) Dans quelle mesure cela vous a-t-il gêné dans votre vie ?

- ☐ 0. Nullement.
- ☐ 1. Légèrement : peu d'effort ; peu ou pas de perturbation dans ses activités.
- ☐ 2. Modérément : certains efforts, évitement nettement présent ; quelques perturbations dans ses activités.
- ☐ 3. Sévèrement : efforts considérables, évitement marqué ; perturbation marquée dans ses activités ou participation à certaines activités comme stratégie d'évitement.
- ☐ 4. Extrêmement : immenses efforts d'évitement ; incapacité de poursuivre ses activités ou participation excessive à certaines activités comme stratégie d'évitement.

Numéro de dossier

Initiales du client

8. C3 : Incapacité à se souvenir d'un aspect important de l'événement traumatique.

Fréquence

Dans le dernier mois, avez-vous déjà éprouvé de la difficulté à vous souvenir de certains aspects importants de l'événement ? Dites-moi ce qui se passe. (Croyez-vous que vous devriez être capable de vous souvenir de ces choses ? Pourquoi pensez-vous ne pas à y arriver ?)

Au cours du mois dernier, de combien d'aspects importants de l'événement ont échappé à votre mémoire ? (Quels sont les aspects dont vous vous souvenez ?)

- ☐ 0. Aucun, se souvient clairement.
- ☐ 1. A oublié peu d'aspects (moins de 10 %).
- ☐ 2. A oublié certains aspects (environ 20 à 30 %).
- ☐ 3. A oublié de nombreux aspects (environ 50 à 60 %).
- ☐ 4. A oublié la plupart des aspects ou tous (> 80 %).

Description, exemples

Intensité

Dans quelle mesure avez-vous eu de la difficulté à vous souvenir d'aspects importants de l'événement ? (Auriez-vous pu vous souvenir d'un plus grand nombre d'aspects si vous aviez fait des efforts ?)

- ☐ 0. Aucune difficulté.
- ☐ 1. Légèrement : peu de difficulté.
- ☐ 2. Modérément : une certaine difficulté, pourrait s'en souvenir avec effort.
- ☐ 3. Sévèrement : difficulté considérable, même avec effort.
- ☐ 4. Extrêmement : tout à fait incapable de se souvenir d'aspects importants de l'événement.

Numéro du patient Initiales du patient

9. C4 : Diminution marquée de la participation à des activités importantes ou perte d'intérêt à l'égard de ces activités.

Fréquence

Dans le dernier mois, avez-vous ressenti une perte d'intérêt pour des activités auxquelles vous vous adonnez avec plaisir ? (Pour quelles activités avez-vous perdu intérêt ? Y en a-t-il que vous ne faites plus du tout ? Pourquoi ?) (À exclure si la personne n'en a plus l'occasion, si elle est incapable de s'y adonner, ou encore si elle préfère maintenant d'autres activités, à cause d'un changement normal dans son développement.)

Au cours du mois dernier, pour combien d'activités avez-vous ressenti moins d'intérêt ? (Quelles sortes d'activités continuez-vous à aimer faire ?) Quand avez-vous commencé à vous sentir ainsi ? (Après l'événement ?)

- ☐ 0. N'a pas perdu intérêt pour ses activités.
- ☐ 1. Perte d'intérêt pour peu d'activités (moins de 10 %).
- ☐ 2. Perte d'intérêt pour certaines activités (environ 20 à 30 %).
- ☐ 3. Perte d'intérêt pour de nombreuses activités (environ 50 à 60 %).
- ☐ 4. Perte d'intérêt pour toutes ou presque toutes ses activités (> 80 %).

Description, exemples

Intensité

Dans quelle mesure aviez-vous perdu de l'intérêt ? (Trouviez-vous les activités agréables après les avoir commencées ?)

- ☐ 0. Pas de perte d'intérêt.
- ☐ 1. Légèrement : légère perte d'intérêt, y trouverait probablement du plaisir une fois commencées.
- ☐ 2. Modérément : nette perte d'intérêt, mais éprouve encore un certain plaisir dans ses activités.
- ☐ 3. Sévèrement : perte d'intérêt marquée dans ses activités.
- ☐ 4. Extrêmement : a complètement perdu intérêt ; ne participe plus à aucune activité.

Numéro de dossier

Initiales du client

10. C5 : Sentiment d'être détaché ou étranger vis-à-vis des autres.**Fréquence**

Dans le dernier mois, avez-vous eu l'impression d'être détaché(e) ou étranger(ère) vis-à-vis des autres ? Que ressentiez-vous alors ? Quelle fut la durée de cette impression, au cours du mois dernier ? Avez-vous commencé à vous sentir suite à l'événement ?

- ☐ 0. Jamais.
- ☐ 1. Très peu de temps (moins de 10%).
- ☐ 2. Une partie du temps (environ 20 à 30%).
- ☐ 3. Une bonne partie du temps (environ 50 à 60%).
- ☐ 4. La plupart du temps ou tout le temps (> 80 %).

Description, exemples**Intensité**

Dans quelle mesure vous êtes-vous senti(e) détaché(e) ou étranger vis-à-vis des autres ? (De qui vous sentez-vous le plus proche ? Avec combien de personnes êtes-vous à l'aise pour parler de choses personnelles ?)

- ☐ 0. Pas d'impression d'être détaché(e) ou étranger(ère) vis à vis des autres.
- ☐ 1. Légèrement : il lui arrive de ne pas se « sentir en harmonie » avec les autres.
- ☐ 2. Modérément : impression de détachement nettement présente, mais sent encore certains liens interpersonnels.
- ☐ 3. Sévèrement : sentiment marqué d'être détaché(e) des autres ou étranger(ère) aux autres ; ne se sent proche que d'une ou deux personnes.
- ☐ 4. Extrêmement : se sent complètement détaché(e) des autres ou étranger(ère) aux autres, ne se sent proche de personne.

Numéro de dossier

Initiales du client

11.C6 : Capacité nettement diminuée à ressentir des émotions

Fréquence

Dans le dernier mois, vous êtes-vous senti(e) insensible sur le plan émotif ? Par exemple, avez-vous eu de la difficulté à ressentir des sentiments, comme l'amour ou la joie ? Comment vous sentiez-vous ? (Quels sentiments avez-vous eu de la difficulté à ressentir ?)

Combien de temps au cours du mois dernier vous êtes-vous senti(e) ainsi ? À partir de quand avez-vous remarqué avoir de la difficulté à ressentir des émotions ? (Avant ou après l'événement ?)

- ☐ 0. Jamais.
- ☐ 1. Très peu de temps (moins de 10 %).
- ☐ 2. Une partie du temps (environ 20 à 30 %).
- ☐ 3. Une bonne partie du temps (environ 50 à 60 %).
- ☐ 4. La plupart du temps ou tout le temps (> 80 %).

Description, exemples

Intensité

Dans quelle mesure avez-vous eu de la difficulté à ressentir des émotions ? (Quelles sortes de sentiments pouviez-vous encore ressentir ?) (Inclure les observations sur la restriction des affects au cours de l'entrevue.)

- ☐ 0. Pas de diminution des émotions.
- ☐ 1. Légère : légère diminution des émotions.
- ☐ 2. Modérée : nette diminution des émotions, mais peut encore en ressentir la plupart.
- ☐ 3. Sévère : diminution marquée d'au moins deux émotions fondamentales (par ex., l'amour et la joie).
- ☐ 4. Extrême : ne ressent plus aucune émotion.

Numéro de dossier

Initiales du client

12. C7 : Sentiment que l'avenir est bouché.**Fréquence**

Dans le dernier mois, y a-t-il eu des fois où vous avez senti qu'il n'était plus nécessaire de faire des plans d'avenir, que votre avenir était d'une certaine façon bouché ? Vous est-il déjà arrivé de penser qu'il ne vous était plus possible d'avoir une carrière, de vous marier, d'avoir des enfants ou d'avoir une durée de vie normale ? Pourquoi ? (Éliminer les risques réalistes tels qu'une maladie mettant la vie en danger.) Combien de temps au cours du mois dernier avez-vous pensé ainsi ? Quand avez-vous commencé à avoir de telles idées ? (Avant ou après l'événement ?)

- ☐ 0. Jamais.
- ☐ 1. Très peu de temps (moins de 10 %).
- ☐ 2. Une partie du temps (environ 20 à 30 %).
- ☐ 3. Une bonne partie du temps (environ 50 à 60 %).
- ☐ 4. La plupart du temps ou tout le temps (> 80 %).

Description, exemples**Intensité**

Dans quelle mesure avez-vous eu l'impression que votre avenir était bouché ? (Combien de temps pensez-vous vivre ? Dans quelle mesure êtes-vous convaincu(e) d'être voué(e) à une mort précoce ?)

- ☐ 0. Pas de sentiment que l'avenir est bouché.
- ☐ 1. Faible : légère impression que l'avenir est bouché.
- ☐ 2. Modérée : net sentiment que l'avenir est bouché, mais ne fait pas de prédiction particulière quant à sa propre longévité.
- ☐ 3. Sévère : sentiment marqué que l'avenir est bouché ; peut faire des prédictions particulières quant à sa propre longévité.
- ☐ 4. Extrême : sentiment accablant que l'avenir est bouché ; tout à fait convaincu(e) d'une mort précoce.

Numéro de dossier

Initiales du client

CRITÈRE D

Symptômes persistants d'hyperéveil.

13. D1 : Difficulté à s'endormir ou à rester endormi(e).

Fréquence

Dans le dernier mois, avez-vous éprouvé de la difficulté à vous endormir ou à rester endormi(e) ? Combien de fois au cours du mois dernier ? Quand avez-vous commencé à avoir de la difficulté à dormir ? (Abant ou après l'événement ?)

- ☐ 0. Jamais.
- ☐ 1. Une ou deux fois.
- ☐ 2. Une ou deux fois par semaine.
- ☐ 3. Plusieurs fois par semaine.
- ☐ 4. Toutes les nuits ou presque.

Difficulté à s'endormir ? ☐ Oui ☐ Non

Réveil au milieu du sommeil ? ☐ Oui ☐ Non

Réveil trop matinal ? ☐ Oui ☐ Non

Nombre total d'heures de sommeil par nuit

Nombre d'heures de sommeil souhaité par nuit

Intensité

Dans quelle mesure avez-vous éprouvé de la difficulté à dormir ? (Combien de temps vous a-t-il fallu pour vous endormir ? Combien de fois vous êtes-vous réveillé(e) pendant la nuit ?) Vous êtes-vous souvent réveillé(e) plus tôt que vous le vouliez ? En tout, combien d'heures avez-vous dormi chaque nuit ?

- ☐ 0. Pas de trouble du sommeil.
- ☐ 1. Légère difficulté : délai d'endormissement légèrement prolongé ou un peu de difficulté à rester endormi(e) (perte de sommeil ≤ 30 minutes).
- ☐ 2. Difficulté modérée, net trouble du sommeil : délai d'endormissement nettement prolongé ou nette difficulté à rester endormi(e) (perte de sommeil = 30 à 90 minutes).
- ☐ 3. Difficulté sévère : délai d'endormissement très prolongé ou difficulté marquée à rester endormi(e) (perte de sommeil = 90 minutes à 3 heures).
- ☐ 4. Difficulté extrême : très long délai d'endormissement ou sévère difficulté à rester endormi(e) (perte de sommeil > 3 heures).

Numéro de dossier

Initiales du client

14. D2 : Irritabilité ou accès de colère.**Fréquence**

Dans le dernier mois, vous êtes-vous parfois senti(e) particulièrement irritable ou avez-vous manifesté une grande colère ? Pouvez-vous m'en donner un exemple ? Combien de fois est-ce arrivé au cours du mois dernier ? À partir de quand avez-vous commencé à vous sentir ainsi ? (Avant ou après l'événement)

- ☐ 0. Jamais.
- ☐ 1. Une ou deux fois.
- ☐ 2. Une ou deux fois par semaine.
- ☐ 3. Plusieurs fois par semaine.
- ☐ 4. Tous les jours ou presque.

Description, exemples**Intensité**

Quelle était la force de votre colère ? (Comment l'avez-vous manifestée ? Si la personne affirme l'avoir réprimée: Vous a-t-il été difficile de ne pas montrer votre colère ?) Combien de temps vous a-t-il fallu pour vous calmer ? Votre colère vous a-t-elle causé des ennuis ?

- ☐ 0. Pas d'irritabilité ni de colère.
- ☐ 1. Légère : irritabilité ou efforts pour réprimer sa colère, mais peut se dominer rapidement.
- ☐ 2. Modérée : nette irritabilité ou efforts pour réprimer sa colère, mais peut se dominer.
- ☐ 3. Sévère : irritabilité marquée ou efforts marqués pour réprimer sa colère, peut devenir agressif(ve) verbalement ou physiquement quand il/elle est en colère.
- ☐ 4. Extrême : colère profonde ou immenses efforts pour réprimer sa colère, peut avoir des accès de violence physique.

Numéro de dossier

Initiales du client

15. D3 : Difficulté à se concentrer.**Fréquence**

Dans le dernier mois, avez-vous parfois trouvé difficile de vous concentrer sur ce que vous faisiez ou sur ce qui se passait autour de vous ? Pouvez-vous m'en donner un exemple ? À quelle fréquence est-ce arrivé au cours du mois dernier ? Quand avez-vous commencé à avoir des troubles de concentration ? (Avant ou après l'événement ?)

- ☐ 0. Jamais.
- ☐ 1. Très peu de temps (moins de 10 %).
- ☐ 2. Une partie du temps (environ 20 à 30 %).
- ☐ 3. Une bonne partie du temps (environ 50 à 60 %).
- ☐ 4. La plupart du temps ou tout le temps (> 80 %).

Description, exemples**Intensité**

Jusqu'à quel point était-ce difficile de vous concentrer ? (Tenir compte des observations sur la concentration et l'attention au cours de l'entrevue.) Dans quelle mesure ce manque de concentration a-t-il affecté votre vie ?

- ☐ 0. Pas de difficulté de concentration.
- ☐ 1. Légèrement : il lui suffisait d'un léger effort pour se concentrer ; peu ou pas de perturbation dans ses activités.
- ☐ 2. Modérément : nette diminution de la concentration, mais aurait pu se concentrer avec effort, quelques perturbations dans ses activités.
- ☐ 3. Sévèrement : perte de concentration marquée, même avec effort ; perturbation marquée dans ses activités.
- ☐ 4. Extrêmement : tout à fait incapable de se concentrer, incapable d'entreprendre des activités.

Numéro de dossier

Initiales du client

16. D4 : Hypervigilance.

Fréquence

Dans le dernier mois, avez-vous parfois senti que vous étiez particulièrement en éveil ou vigilant(e), même lorsque ce n'était pas nécessaire ? (Vous sentiez-vous comme si vous étiez toujours sur vos gardes ?) Pouvez-vous m'en donner un exemple ? Pourquoi ?

À quelle fréquence est-ce arrivé au cours du mois dernier ? À partir de quand avez-vous commencé à vous sentir ainsi ? (Avant ou après l'événement ?)

- ☐ 0. Jamais.
- ☐ 1. Très peu de temps (moins de 10 %).
- ☐ 2. Une partie du temps (environ 20 à 30 %).
- ☐ 3. Une bonne partie du temps (environ 50 à 60 %).
- ☐ 4. La plupart du temps ou tout le temps (> 80 %).

Description, exemples

Intensité

Dans quelle mesure faites-vous des efforts pour être attentif(ve) à ce qui se passe autour de vous ? (Tenir compte des observations d'hypervigilance en cours d'entrevue.) Votre hypervigilance vous a-t-elle causé des ennuis ?

- ☐ 0. Pas d'hypervigilance.
- ☐ 1. Légèrement : hypervigilance minime ; légère hausse de conscience.
- ☐ 2. Modérément : hypervigilance nettement présente ; reste sur ses gardes en public (par ex., choisit une place sûre pour s'asseoir dans un restaurant ou au cinéma).
- ☐ 3. Sévèrement : hypervigilance marquée, très vigilant(e), guette le danger autour de lui/d'elle, exagérément soucieux(ieuse) de sa propre sécurité, de celle de sa famille ou de celle de son foyer.
- ☐ 4. Extrêmement : hypervigilance extrême, fait des efforts pour assurer sa sécurité et y consacre beaucoup de temps et d'énergie, ce qui peut comprendre des comportements exagérés de surveillance et de contrôle ; est particulièrement vigilant(e) durant l'entrevue.

Numéro de dossier

Initiales du client

17. D5 : Réactions exagérées de sursaut.**Fréquence**

Dans le dernier mois, vous est-il arrivé de sursauter fortement ? Quand est-ce arrivé ? (Qu'est-ce qui vous a fait sursauter ?) Combien de fois au cours du mois dernier ? Depuis, quand avez-vous commencé à avoir de telles réactions ? (Avant ou après l'événement ?)

- ☐ 0. Jamais.
- ☐ 1. Une ou deux fois.
- ☐ 2. Une ou deux fois par semaine.
- ☐ 3. Plusieurs fois par semaine.
- ☐ 4. Tous les jours ou presque.

Description, exemples**Intensité**

Quelle était la force de ces réactions de sursaut ? (Comment étaient-elles par rapport à celles que l'on éprouve normalement ?) Combien de temps ont-elles duré ?

- ☐ 0. Pas de réaction de sursaut.
- ☐ 1. Légères : réactions minimales.
- ☐ 2. Modérées : nettes réactions de sursaut ; se sent nerveux(euse).
- ☐ 3. Sévères : réactions de sursaut marquées, reste en état d'alerte après la première réaction.
- ☐ 4. Extrêmes : réactions de sursaut excessives, comportement de défense manifeste (par ex., un ancien combattant qui se couche par terre).

Numéro de dossier

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Initiales du client

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

CRITÈRE E

Chronicité de la perturbation (symptômes des critères B, C et D).

18. Début des symptômes

Combien de mois ou d'années se sont écoulés après l'événement avant que les symptômes d'ESPT n'apparaissent?

Mois :

| |
|--|
| |
|--|

Années :

| |
|--|
| |
|--|

Le délai d'apparition a-t-il été ≥ 6 mois ?

☐ Oui ☐ Non

19. Durée des symptômes

En tout, combien de mois ou d'années durent (ou ont duré) les symptômes d'ESPT ?

Mois :

| |
|--|
| |
|--|

Années :

| |
|--|
| |
|--|

La durée des symptômes est-elle ≥ 3 mois ?

☐ Oui ☐ Non

Numéro de dossier

Initiales du client

CRITÈRE F

La perturbation cause une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

20. F1 : Souffrance subjective

Dans quelle mesure l'ensemble des symptômes dont nous avons discuté vous ont-ils dérangé(e) ? (Tenir compte de la souffrance signalée aux critères précédents.)

- ☐ 0. Rien du tout.
- ☐ 1. Légèrement : peu de détresse psychologique.
- ☐ 2. Modérément : détresse psychologique nettement présente mais supportable.
- ☐ 3. Sévèrement : détresse psychologique considérable.
- ☐ 4. Extrêmement : détresse psychologique incapacitante.

21. F2 : Altération du fonctionnement social

Ces symptômes ont-ils affecté vos relations avec les autres ? Dans quelle mesure ? (Tenir compte de l'altération sociale signalée aux critères précédents.)

- ☐ 0. Pas de répercussions défavorables.
- ☐ 1. Légères répercussions : peu d'altération du fonctionnement social.
- ☐ 2. Répercussions modérées : nette altération du fonctionnement social, dont de nombreux aspects restent toutefois intacts.
- ☐ 3. Répercussions sévères : altération marquée du fonctionnement social, dont peu d'aspects restent intacts.
- ☐ 4. Répercussions extrêmes : peu ou pas de fonctionnement social.

Numéro de dossier

Initiales du client

22. F3 : Altération du fonctionnement au travail ou dans d'autres domaines importants

Travaillez-vous actuellement ?

Oui ☐

Si « oui », ces symptômes ont-ils nui à votre travail ou à votre capacité de travail ? Dans quelle mesure ?

Tenir compte des antécédents de travail, notamment du nombre et de la durée des emplois ainsi que de la totalité et de la nature des relations de travail. Si le fonctionnement au travail avant le trouble n'est pas clair, interroger le sujet à propos de ses expériences de travail avant le traumatisme.

- ☐ 0. Pas de répercussions défavorables.
- ☐ 1. Légères répercussions, peu d'altération du fonctionnement professionnel.
- ☐ 2. Répercussions modérées : nette altération du fonctionnement professionnel, dont de nombreux aspects restent toutefois intacts.
- ☐ 3. Répercussions sévères : altération marquée du fonctionnement professionnel, dont peu d'aspects restent intacts.
- ☐ 4. Répercussions extrêmes : peu ou pas de fonctionnement professionnel.

Non ☐

Si « non », ces symptômes vous ont-ils nui dans d'autres domaines importants de votre vie ? Dans quelle mesure ?

Dans ce cas, suggérer des exemples tels que le rôle de parents, la tenue de la maison, les études scolaires, le travail bénévole, passe-temps, etc.

- ☐ 0. Pas de répercussions défavorables.
- ☐ 1. Légères répercussions : peu d'altération du fonctionnement dans d'autres domaines importants.
- ☐ 2. Répercussions modérées : nette altération du fonctionnement dans d'autres domaines importants, mais dont de nombreux aspects toutefois restent intacts.
- ☐ 3. Répercussions sévères : altération marquée du fonctionnement dans d'autres domaines importants, dont peu d'aspects restent intacts.
- ☐ 4. Répercussions extrêmes : peu ou pas de fonctionnement dans d'autres domaines importants.

Numéro de dossier

Initiales du client

23. Validité globale

Estimer la validité globale des réponses. Tenir compte de facteurs tels que l'observance de l'entrevue, l'état mental (par exemple : des difficultés de concentration, de compréhension de certains éléments, de dissociation) et des efforts évidents pour exagérer ou minimiser les symptômes.

- ☐ 0. Excellente : pas de raison de soupçonner des réponses invalides.
- ☐ 1. Bonne : présence de facteurs pouvant entacher la validité.
- ☐ 2. Passable : présence de facteurs qui entachent certainement la validité.
- ☐ 3. Mauvaise : validité considérablement réduite.
- ☐ 4. Réponses invalides : état mental sévèrement altéré ou simulation de bien-être ou de « mal-être ».

24. Sévérité globale

Estimer la Sévérité globale des symptômes d'ESPT. Tenir compte du degré de souffrance subjective, du degré d'altération du fonctionnement, des observations sur le comportement pendant l'entrevue et du jugement ayant trait à la manière de répondre aux questions.

- ☐ 0. Pas de symptôme cliniquement significatif, ni de souffrance psychologique, ni d'altération du fonctionnement.
- ☐ 1. Légère : peu de souffrance psychologique ou d'altération du fonctionnement.
- ☐ 2. Modérée : nette souffrance psychologique ou altération du fonctionnement, mais peut, avec effort, fonctionner de façon satisfaisante.
- ☐ 3. Sévère : souffrance psychologique ou altération du fonctionnement considérables ; fonctionnement limité, même avec effort.
- ☐ 4. Extrême : souffrance psychologique marquée ou altération marquée du fonctionnement dans au moins deux domaines importants.

Numéro de dossier

Initiales du client

FEUILLE DE COTATION DU CAPS p.1

Transcrire ci-dessous les cotes (notées de 0 à 4) du questionnaire

A. Événement traumatique

Les décrire

B. Symptômes de reviviscence

Fréquence

Intensité

1. Souvenirs répétitifs et envahissants
2. Rêves pénibles
3. Agir ou se sentir comme si l'événement se reproduisait
4. Souffrance psychologique lors d'exposition à des déclencheurs
5. Réactivité physiologique lors d'exposition à des déclencheurs

total + =

Le critère B est rempli si au moins un score

est ≥ 1 pour la fréquence et ≥ 2 pour l'intensité

Critère B satisfait ? ☐ Oui ☐ Non

C. Symptômes d'évitement et d'émoussement

Fréquence

Intensité

1. Évitement des pensées, des sensations, des conversations
2. Évitement des activités, des situations ou des gens
3. Incapacité à se souvenir d'un aspect important du traumatisme
4. Diminution de l'intérêt ou de la participation à des activités
5. Sentiment d'être détaché ou étranger
6. Capacité réduite de ressentir des émotions
7. Sentiment que l'avenir est bouché

total + =

Le critère C est rempli si trois (3) F ≥ 1 et trois (3) I ≥ 2

Critère C satisfait ? ☐ Oui ☐ Non

D. Symptômes d'hyperveil

Fréquence

Intensité

1. Difficulté à s'endormir ou à rester endormi(e)
2. Irritabilité ou excès de colère
3. Difficulté à se concentrer
4. Hypervigilance
5. Réactions exagérées de sursaut

total + =

Le critère D est rempli si deux (2) F ≥ 1 et deux (2) I ≥ 1

Critère D satisfait ? ☐ Oui ☐ Non

E. Durée de la perturbation

Le critère E est rempli si la durée est ≥ 3 mois

Critère E satisfait ? ☐ Oui ☐ Non

TOTAL (B+C+D) =

Numéro de dossier

Initiales du client

FEUILLE DE COTATION DU CAPS p.2

Transcrire ci-dessous les cotes (notées de 0 à 4) du questionnaire

I. Souffrance subjective

1. Souffrance subjective
2. Altération du fonctionnement social
3. Altération du fonctionnement professionnel

L'état satisfait au critère F si un score ou plus est ≥ 2 Critère F satisfait? ☐ Oui ☐ Non

L'état du patient satisfait-il à tous les critères?

- ☐ Non Le sujet n'est pas admissible pour l'essai
☐ Oui Répondre aux questions de l'évaluation globale

Signature de l'investigateur

Jour / Mois / Année

APPENDICE C

PROTOCOLE D'ÉVALUATION NEUROPSYCHOLOGIQUE

SÉQUENCE D'ADMINISTRATION DES TESTS – PROTOCOLE TSPT SANS TCC

N.B. IL S'AGIT DE LA VERSION ORDRE DIRECT (CODE PAIR); LES CODES IMPAIRS REÇOIVENT L'ORDRE INVERSÉ (EN COMMENÇANT PAR LA FIN) SAUF POUR LES TESTS EN CARACTÈRES GRAS QUI DEMEURENT INCHANGÉS DANS LA SÉQUENCE

PRÉ-TEST

CODES IMPAIRS

1. Idem
2. Idem
3. Idem
4. Idem
5. Idem
6. Idem
7. Idem
8. Idem
9. Tâche de scripts
10. Tour de Londres
11. Stroop
12. Figure de Rey
13. D-KEFS- fluidité verbale
14. Tâche de Mésulam
15. Empan spatial
16. CVLT-II
17. Brown-Peterson
18. Empan de chiffres
19. Substitution
20. Clé de substitution
21. Matrices de Raven

CODES PAIRS

1. Fiche signalétique
2. Reçu pour compensation financière
3. Document explicatif du projet
4. Identification du participant
5. Participation des sujets
6. Formulaire de consentement –TSPT sans TCC
7. Examen visuo-perceptuel de Bisiach & al (1983)
8. Tâche d'agent de voyages
9. Matrices de Raven
10. Substitution de symboles du WAIS-III
11. Clé de substitution pour gauchers
12. CVLT-II – Forme standard
13. Empan de chiffres
14. Tâche de Brown-Peterson
15. Empan spatial
16. Tâche de Mésulam (cancellation)
17. Figure de Rey—copie, RLI, RLD, Reconnaissance
18. D-KEFS –fluidité verbale
19. Stroop
20. Tour de Londres
21. Tâche des scripts

QUESTIONNAIRES À REMPLIR AVEC LE SUJET

- Questionnaire de Rivermead
- IES-Révisé

QUESTIONNAIRES À REMPLIR PAR LE SUJET

- CFQ—problèmes d'attention au quotidien
- FrSBe—comportements frontaux au quotidien (version patient)
- Inventaire d'anxiété état/trait
- Échelle d'Impact de la fatigue

QUESTIONNAIRE À REMPLIR PAR UN PROCHE

- FrSBe—comportements frontaux au quotidien (version proche)

EXAMEN VISUO-PERCEPTUEL SOMMAIRE

(de Bisiach, Cappa & Vallar, 1983*)

Dossier: _____

Initiales: _____

Date: _____

1. Figures enchevêtrées (planche #1)

Consigne: «Identifiez tous les objets que vous pouvez reconnaître parmi ces objets enchevêtrés»

a) pomme _____
poire _____
banane _____
raisins _____
orange-citron _____

b) pantalon _____
chemise _____
soulier _____
chapeau _____

Résultat: /9

2. Appariement de formes sans signification (planche #2)

Consigne: «Voici trois formes sans signification (a,b,c) au bas de cette page; pouvez-vous me dire, en pointant le groupe d'images qui se trouvent au-dessus, où se trouve la figure (a)? (b)? (c)?»

Figure a: Correct ____ (/3) Erreur ____

Figure b: Correct ____ (/3) Erreur ____

Figure c: Correct ____ (/3) Erreur ____

Résultat: /9

3. Identification de couleurs (planche #3)

Consigne: «J'aimerais que vous pointiez parmi ces deux rangées de couleurs, où se trouve la couleur (bleu, jaune, verte, orange, blanche, marron)»

Marron/brun: _____

Blanc: _____

Orange: _____

Vert: _____

Jaune: _____

Bleu: _____

Résultat: /6

4. Appariement d'objets (planches #4)

Consigne: «J'aimerais que vous associez chacun des objets à votre gauche à un des objets à votre droite de même catégorie».

a) allumettes: Réponse: ____

b) verre: Réponse: ____

c) clef: Réponse: ____

d) auto: Réponse: ____

e) ampoule: Réponse: ____

f) stylo: Réponse: ____

Résultat: /6

5. Appariement de visages (planches #5)

Consigne: «Chacun de ces visages (a,b,c) se retrouve à trois endroits dans ce groupe de visages mais pas nécessairement photographié dans le même angle : pouvez-vous pointer où se trouve le visage (a)? (b)? (c)?»

- | | | |
|----------------|-------------------------------|-------|
| a) face-femme | Réponses correctes: (1, 5, 9) | _____ |
| b) face-enfant | Réponses correctes: (2, 6, 7) | _____ |
| c) face-homme | Réponses correctes: (3,4, 8) | _____ |

Résultat: /9

6. Objets en vue non conventionnelle (planche #6)

Consigne: (Cacher les photographies 10 et 11 pour commencer pour ne présenter que celles du numéro 9)
« Voici deux objets familiers qui sont photographiés dans des angles non habituels; pouvez-vous les identifier? » (si le sujet n'arrive pas à identifier le #9, lui montrer ensuite le numéro 10, et ensuite le numéro 11 s'il ne reconnaît toujours pas les objets).

- | | |
|--------|----|
| 9. a) | b) |
| 10. a) | b) |
| 11. a) | b) |

Résultat: /6

7. Dénomination d'images d'objets

Consigne: «Pouvez-vous pointer parmi ce groupe d'objets, celui qui représente un...»

- | | |
|-----------|-------------|
| Escabeau | Chien |
| Auto | Compas |
| Bouteille | Téléphone |
| Ampoule | Tableau |
| Cadenas | Thermomètre |
| Valise | Brosse |

Résultat: /12

Score total: /57

Consignes des Matrices de Raven

«Je vais maintenant vous montrer des tableaux composés de différentes pièces. Pour chacun des tableaux, il y a une partie manquante. Regardez attentivement tous les aspects du tableau et sélectionner la partie manquante qui compléterait le mieux le tableau parmi les six choix de pièces qui figurent en bas du tableau.»

«Nous allons faire un premier exemple pour vérifier si vous comprenez bien la tâche.»

Raven Progressive Matrices- 1938

Standard

Nom : _____ Sexe : _____ âge : _____

No. Du sujet : _____

Début du test : _____ Fin du test : _____ Durée du test : _____

Exemple :

| | A | | | B | | | C | | | D | | | E | |
|---|---|--|---|---|--|---|---|--|---|---|--|---|---|--|
| 1 | | | 4 | | | 1 | | | 1 | | | 2 | | |

| | A | | | B | | | C | | | D | | | E | |
|---|---|--|----|---|--|---|---|--|---|---|--|----|---|--|
| 2 | | | 6 | | | 3 | | | 2 | | | 4 | | |
| 3 | | | 8 | | | 4 | | | 3 | | | 6 | | |
| 4 | | | 9 | | | 5 | | | 4 | | | 8 | | |
| 5 | | | 10 | | | 6 | | | 5 | | | 9 | | |
| 7 | | | 11 | | | 7 | | | 6 | | | 10 | | |
| 9 | | | 12 | | | 8 | | | 7 | | | 11 | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

Score forme courte : _____ Score forme longue : _____ Percentile : _____

Interprétation : _____

Consignes de l'épreuve de substitution

«Je vais maintenant vous demander de copier des symboles. Regardez bien ces boîtes (celles du haut). Chacune a un nombre dans sa partie supérieure et un symbole dans sa partie inférieure. Chaque nombre a ainsi son propre symbole. Maintenant, regardez-bien ces boîtes (celles du bas) avec chacune un nombre dans leur partie supérieure et une boîte vide juste en-dessous. Dans chacune des boîtes vides vous devez transcrire le bon symbole en-dessous du bon chiffre comme ceci.» (Faire la démonstration au sujet en substituant le bon symbole pour les 7 premiers exemples).

«Maintenant, quand je vous dirai commencer, vous devez compléter un après l'autre et sans en sauter. Vous devez travailler le plus vite possible et sans faire d'erreurs. Quand vous avez complété une ligne, vous passez à la ligne suivante et ainsi de suite. Travailler le plus vite possible jusqu'à ce que je vous dise «stop».

A la fin des 120 secondes on indique par STOP la fin de l'épreuve.

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| — | ⊥ | ⊐ | ⊑ | ⊒ | ○ | ∧ | × | = |

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

Nom : _____ # ID : _____ Examineur : _____

Sexe : ☐ F ☐ M Race / Ethnie : _____ Scolarité : _____Dominance : ☐ D ☐ G ☐ Ambidextre Audition adéquate? ☐ O ☐ N Prothèse auditive? ☐ O ☐ NLangue d'origine : _____ Langue parlée : _____ Effort adéquat? ☐ O ☐ ? ☐ N

Affect et Humeur : _____ Apparence physique : _____

Autres comportements : _____

Plaintes majeures : _____

Histoire diagnostique : _____

Médication actuelle : _____

| | | | |
|-------------------|-------|------|------|
| Date d'évaluation | Année | Mois | Jour |
| Date de naissance | | | |
| Âge | | | |

| | Score brut | Score Standard | Score Brut | Score Standard |
|------------------------------------|------------|----------------|------------|----------------|
| Essai 1 Rappel Libre Correct | | | | |
| Essai 2 Rappel Libre Correct | | | | |
| Essai 3 Rappel Libre Correct | | | | |
| Essai 4 Rappel Libre Correct | | | | |
| Essai 5 Rappel Libre Correct | | | | |
| Essai 1-5 Rappel Total Correct | | (Score 7) | | |
| Liste B Rappel Libre Correct | | | | |
| Délai Court Rappel Libre Correct | | | | |
| Délai Court Rappel Indiqué Correct | | | | |

Liste A R

Je vais vous lire la liste de mots. Écoutez attentivement, lorsque j'aurai terminé, vous devrez répéter tous les mots dont vous pourriez vous souvenir. L'ordre dans lequel vous les répéterez n'a aucune importance. Essayez simplement de vous rappeler autant de mots que possible.

Lisez la liste A à un rythme régulier à raison d'un peu plus d'une seconde par mot de sorte que la liste entière prenne de 18 à 20 secondes. Dites alors : Allez-y.

Liste A

Camion
Épinard
Girafe
Étagère
Oignon
Motocyclette
Armoire
Zèbre
Train
Lampe
Céleri
Vache
Bureau
Navire
Écureuil
Chou

Essai 1

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

type

Essai 2

Je vais lire la même liste encore une fois. Comme avant, vous devrez répéter tous les mots dont vous pourriez vous souvenir, dans n'importe quel ordre. Assurez-vous de répéter aussi les mots que vous avez dits la première fois.

Essai 2

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

type

Essais 3 et 4

Je vais lire la même liste encore une fois. Comme avant, vous devrez répéter tous les mots dont vous pourriez vous souvenir, dans n'importe quel ordre, y incluant les mots que vous avez déjà dits.

Essai 3

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

type

Essai 4

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

type

Essai 5

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

type

Enregistrez toutes les réponses verbatim dans l'ordre rappelé. Intervenez une seule fois (ex., Autre chose?) à la fin de chaque essai en rappel libre et indigé (i.e. après 15 secondes sans réponse ou lorsque le sujet dit qu'il ne peut rappeler d'autres mots).

Total Corrects C

Total Répétitions R

Total Intrusions I

Total Corrects C

Total Répétitions R

Total Intrusions I

Total Corrects C

Total Répétitions R

Total Intrusions I

Liste B

Maintenant, vous lisez une deuxième liste de mots. L'aurai terminé, vous devrez répéter autant de mots que possible de cette deuxième liste, dans n'importe quel ordre. Ne me dites pas les mots de la première liste, juste ceux de cette deuxième liste.

Lisez la liste B à un rythme régulier à raison d'un peu plus d'une seconde par mot de sorte que la liste entière prenne de 18 à 20 secondes. Dites alors : Allez-y.

Essai B

1

Violon

2

Concombre

3

Éléphant

4

Vestiaire

5

Navel

6

Guitare

7

Grenier

8

Mouton

9

Clarinette

10

Garage

11

Mais

12

Lapin

13

Patio

14

Saxophone

15

Tigre

16

Radis

17

18

19

20

Total Corrects C

Total Répétitions R

Total Intrusions I

Liste A

Maintenant, je veux que vous les mots dont vous pouvez vous souvenir de la première liste, celle que je vous ai lu plusieurs fois. Ne me dites pas les mots de la deuxième liste, juste ceux de la première liste. Allez-y.

Enregistrez toutes les réponses verbatim dans l'ordre rappelé. Intervenez une seule fois (ex., Autre chose?) à la fin de chaque essai en rappel libre et indigé (i.e. après 15 secondes sans réponse ou lorsque le sujet dit qu'il ne peut rappeler d'autres mots).

Liste A

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

Total Corrects C

Total Répétitions R

Total Intrusions I

Liste A

Maintenant, je veux que vous les mots dont vous pouvez vous souvenir de la première liste, celle que je vous ai lu plusieurs fois. Ne me dites pas les mots de la deuxième liste, juste ceux de la première liste. Allez-y.

Enregistrez toutes les réponses verbatim dans l'ordre rappelé. Intervenez une seule fois (ex., Autre chose?) à la fin de chaque essai en rappel libre et indigé (i.e. après 15 secondes sans réponse ou lorsque le sujet dit qu'il ne peut rappeler d'autres mots).

Meubles

1

2

3

4

5

6

7

8

Transports

1

2

3

4

5

6

7

8

Total Corrects C

Total Répétitions R

Total Intrusions I

Il devrait y avoir un délai d'environ 20 minutes entre la fin du Rappel Indigé Délai Court et le début du Rappel Libre Délai Long. N'avez pas le sujet qu'il y a d'autres essais à venir au CVL T-II.

Liste A

Maintenant, je veux que vous les mots dont vous pouvez vous souvenir de la première liste, celle que je vous ai lu plusieurs fois. Ne me dites pas les mots de la deuxième liste, juste ceux de la première liste. Allez-y.

Enregistrez toutes les réponses verbatim dans l'ordre rappelé. Intervenez une seule fois (ex., Autre chose?) à la fin de chaque essai en rappel libre et indigé (i.e. après 15 secondes sans réponse ou lorsque le sujet dit qu'il ne peut rappeler d'autres mots).

Meubles

1

2

3

4

5

6

7

8

Transports

1

2

3

4

5

6

7

8

Total Corrects C

Total Répétitions R

Total Intrusions I

Il devrait y avoir un délai d'environ 20 minutes entre la fin du Rappel Indigé Délai Court et le début du Rappel Libre Délai Long. N'avez pas le sujet qu'il y a d'autres essais à venir au CVL T-II.

Liste A

Maintenant, je veux que vous les mots dont vous pouvez vous souvenir de la première liste, celle que je vous ai lu plusieurs fois. Ne me dites pas les mots de la deuxième liste, juste ceux de la première liste. Allez-y.

Enregistrez toutes les réponses verbatim dans l'ordre rappelé. Intervenez une seule fois (ex., Autre chose?) à la fin de chaque essai en rappel libre et indigé (i.e. après 15 secondes sans réponse ou lorsque le sujet dit qu'il ne peut rappeler d'autres mots).

Meubles

1

2

3

4

5

6

7

8

Transports

1

2

3

4

5

6

7

8

Total Corrects C

Total Répétitions R

Total Intrusions I

Il devrait y avoir un délai d'environ 20 minutes entre la fin du Rappel Indigé Délai Court et le début du Rappel Libre Délai Long. N'avez pas le sujet qu'il y a d'autres essais à venir au CVL T-II.

Liste A Rappel : le Délai Long
Plus tôt, je vous ai lu plusieurs fois et une première fois que je vous ai lue une seule fois.
Dites-moi tous les mots de la première liste dont vous pouvez vous souvenir. Ne me dites pas les mots de la deuxième liste, juste ceux de la première liste. Allez-y.

Liste A Rappel : le Délai Long
Dites-moi tous les mots de la première liste dont des meubles.
Dites-moi tous les mots de la première liste dont des légumes.
Dites-moi tous les mots de la première liste dont des moyens de transport.
Dites-moi tous les mots de la première liste qui sont des animaux.

| Meubles | | Légumes | | Transports | | Animaux | |
|---------|------|---------|------|------------|------|---------|------|
| | type | | type | | type | | type |
| 1 | | 1 | | 1 | | 1 | |
| 2 | | 2 | | 2 | | 2 | |
| 3 | | 3 | | 3 | | 3 | |
| 4 | | 4 | | 4 | | 4 | |
| 5 | | 5 | | 5 | | 5 | |
| 6 | | 6 | | 6 | | 6 | |
| 7 | | 7 | | 7 | | 7 | |
| 8 | | 8 | | 8 | | 8 | |

Total Corrects C Total Répétitions R Total Intrusions I

Liste A Reconnaissance Oui / Non Délai Long
Maintenant, je vais vous lire d'autres mots. Pour chacun d'eux, dites «Oui» si le mot était dans la première liste ou dites «Non» s'il n'était pas dans la première liste.

Si le sujet répond «Je ne sais pas» durant la Reconnaissance Oui / Non, dites : «pensez-vous que _____ était dans la première liste?»

| Liste A | |
|---------|------|
| | type |
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |
| 5 | |
| 6 | |
| 7 | |
| 8 | |
| 9 | |
| 10 | |
| 11 | |
| 12 | |
| 13 | |
| 14 | |
| 15 | |
| 16 | |
| 17 | |
| 18 | |
| 19 | |
| 20 | |

Total Corrects C
Total Répétitions R
Total Intrusions I

| Réponse | | Réponse | | Réponse | | Réponse | |
|-----------|--------|--------------|--------|------------|--------|-----------|--------|
| | type | | type | | type | | type |
| Sacoche | O N UN | Violon | O N BN | Chien | O N PR | Navel | O N BS |
| Navire | O N T | Vache | O N T | Étagère | O N T | Armoire | O N T |
| Saxophone | O N BN | Fourchette | O N UN | Allumette | O N UN | Oignon | O N T |
| Concombre | O N BS | Autobus | O N PR | Épinard | O N T | Lion | O N PR |
| Girafe | O N T | Céleri | O N T | Clarinette | O N BN | Caméra | O N UN |
| Carotte | O N PR | Lampe | O N T | Camion | O N T | Guitare | O N BN |
| Patio | O N BN | Radio | O N BS | Lapin | O N BS | Train | O N T |
| Chou | O N T | Table | O N PR | Chaise | O N PR | Tigre | O N BS |
| Bureau | O N T | Rose | O N UN | Maïs | O N BS | Café | O N UN |
| Bracelet | O N UN | Motocyclette | O N T | Coquillage | O N UN | Zèbre | O N T |
| Auto | O N PR | Mouton | O N BS | Garage | O N BN | Laitue | O N PR |
| Éléphant | O N BS | Grenier | O N BN | Écureuil | O N T | Vestuaire | O N BN |

T = Target; BS = List B Shared; BN = List B Non-Shared; PR = Prototypical; UN = Unrelated

Total Détections
Total Faux Positifs

Il devrait y avoir un délai d'environ 10 minutes entre la fin de la Reconnaissance Oui / Non et le début de la Reconnaissance Choix Forcé. N'avez pas le sujet qu'il y a un autre essai à venir au CVL T-II.

Liste A Rec
 Plus tôt, je v
 mots deux à la
 Après avoir lu les deux mots, dites lequel des mots était dans la première
 liste, celle que j'ai lue plusieurs fois. Il peut être difficile de se rappeler lequel choisir, mais
 essayez de votre mieux même si ça vous semble compliqué. Prêt?

loles :

Est-ce _____ ou _____ qui était dans la première liste?

Encartez les réponses du sujet.

Si le sujet dit «je ne sais pas», dites «je sais que ça
 peut être difficile mais faites de votre mieux.»

| Navire | ou | Drapeau | Score (1 ou 0) | type |
|-------------|----|--------------|-------------------|------|
| Tarte | ou | Bureau | | C |
| Majonité | ou | Vache | | C |
| Céleri | ou | Aspirine | | A |
| Étagère | ou | Silence | | C |
| Mélangeur | ou | Camion | | A |
| Oignon | ou | Logique | | C |
| Baseball | ou | Zèbre | | A |
| Instruction | ou | Armoire | | C |
| Écureuil | ou | Direction | | A |
| Couverture | ou | Chou | | C |
| Train | ou | Technique | | A |
| Hauteur | ou | Épinard | | A |
| Girafe | ou | Serviette | | C |
| Sujet | ou | Motocyclette | | A |
| Lampe | ou | Extincteur | | C |

C = Concret; A = Abstrait

Total Précision : (_____ / 16) X 100 = _____ %

Total Déléctions

Consignes de la tâche d'empan de chiffres

Rappel ordonné

«Je vais maintenant vous dire des séries de nombres. Écoutez attentivement la série et quand je vous ferai un signe de la main, j'aimerais que vous les répétiez tout de suite après moi dans le même ordre, exactement comme je vous les ai dits.»

Rappel inversé

«Maintenant, je vais vous dire encore des séries de nombres. Mais cette fois, lorsque je vous ferai un signe de la main, j'aimerais que vous les rappeliez en ordre inversé ou à rebours, ou si vous aimez mieux en commençant par le dernier. Par exemple, si je vous dis 7-1-9, que devrez-vous rapporter?» (réponse correcte: 9-1-7). Corriger le sujet si la réponse est incorrecte et donner un autre exemple (3-4-8) à rappeler. Ne pas aider le sujet sur ce dernier essai. Procéder à l'essai 1 de l'item 1 que le sujet ait réussi ou non ce dernier essai.

11. Digit Span (Optional)

DISCONTINUE RULE

After 3 correct responses

For Digit Span, stop after 3 correct responses

For Digit Span, stop after 3 correct responses

RECORDING

SCORING RULE

Digits Forward

| Item/Trial | Response | Score 0 or 1 |
|------------------------------|----------|-----------------|
| 1. Trial 1 1-7 | | |
| Trial 2 6-3 | | |
| 2. Trial 1 5-8-2 | | |
| Trial 2 6-9-4 | | |
| 3. Trial 1 6-4-3-9 | | |
| Trial 2 7-2-8-6 | | |
| 4. Trial 1 4-2-7-3-1 | | |
| Trial 2 7-5-8-3-6 | | |
| 5. Trial 1 6-1-9-4-7-3 | | |
| Trial 2 3-9-2-4-8-7 | | |
| 6. Trial 1 5-9-1-7-4-2-8 | | |
| Trial 2 4-1-7-9-3-8-6 | | |
| 7. Trial 1 5-8-1-9-2-6-4-7 | | |
| Trial 2 3-8-2-9-5-1-7-4 | | |
| 8. Trial 1 2-7-5-8-6-2-5-8-4 | | |
| Trial 2 7-1-3-9-4-2-5-6-8 | | |

Forward Total Score
Range = 0 to 16

Digits Backward

| Item/Trial | (Correct Response)/Response | Score 0 or 1 |
|--|-----------------------------|-----------------|
| 1. Trial 1 2-4 (4-2) | | |
| Trial 2 5-7 (7-5) | | |
| 2. Trial 1 6-2-9 (9-2-6) | | |
| Trial 2 4-1-5 (5-1-4) | | |
| 3. Trial 1 3-2-7-9 (9-7-2-3) | | |
| Trial 2 4-9-6-8 (8-6-9-4) | | |
| 4. Trial 1 1-5-2-8-6 (6-8-2-5-1) | | |
| Trial 2 6-1-8-4-3 (3-4-8-1-6) | | |
| 5. Trial 1 5-3-9-4-1-8 (8-1-4-9-3-5) | | |
| Trial 2 7-2-4-8-5-6 (6-5-8-4-2-7) | | |
| 6. Trial 1 8-1-2-9-3-6-5 (5-6-3-9-2-1-8) | | |
| Trial 2 4-7-3-9-1-2-8 (8-2-1-9-3-7-4) | | |
| 7. Trial 1 9-4-3-7-6-2-5-8 (8-5-2-6-7-3-4-9) | | |
| Trial 2 7-2-8-1-9-6-5-3 (3-5-6-9-1-8-2-7) | | |

Backward Total Score
Range = 0 to 14

Total Score
Range = 0 to 30

(Sum Forward Total Score & Backward Total Score)

^{W1}
Brown-Peterson

Matériel :

- Chronomètre

Consignes :

Je vais vous lire 3 lettres et j'aimerais que vous me les répétiez. (Lire les lettres de la catégorie 0 seconde à une vitesse d'environ 1 par seconde).

Je vais maintenant vous donner 3 lettres que j'aimerais que vous mémorisiez et ensuite je vais vous donner un chiffre. Tout de suite quand j'ai terminé, vous devez compter à rebours, par 3, à partir du chiffre donné et jusqu'à ce que je vous demande d'arrêter. Ensuite, vous me direz les 3 lettres que vous avez mémorisées. L'ordre des lettres n'a pas d'importance.

N.B. Le sujet n'a pas le droit de faire de l'auto-répétition.

BROWN-PETERSON (Auditory consonant Trigrams - ccc) Adultes

ais vous lire
littres et j'aimerais
me les
penz.

ais maintenant
s donner 3 lettres
e j'aimerais que
us mémorisez
ensuite, je vais
s donner un
iffre. Tout de
ite quand j'ai
mixé, vous
ez compter à
bours par 3
tir du chiffre
et jusqu'à ce
vous demande
rière. Ensuite,
us me donnerez
s 3 lettres que
us avez
émorisées.

| Stimulus | Starting Number | Delay (sec) | Response | Number Correct |
|----------|-----------------|-------------|----------|----------------|
| QLX | — | 0 | | |
| SZB | — | 0 | | |
| HJT | — | 0 | | |
| GPW | — | 0 | | |
| DLH | — | 0 | | |
| XCP | 75-72-69 | 18 | | |
| NDJ | 28-35-22 | 9 | | |
| FXB | 194-191-188 | 36 | | |
| JCN | 20-17-14 | 9 | | |
| BGQ | 167-164-161 | 18 | | |
| KMC | 180-177-174 | 36 | | |
| RXT | 82-79-76 | 18 | | |
| KFN | 47-44-41 | 9 | | |
| MBW | 188-185-182 | 36 | | |
| TDH | 51-48-45 | 9 | | |
| LRP | 117-114-111 | 36 | | |
| ZWS | 141-138-135 | 18 | | |
| PHQ | 89-86-83 | 9 | | |
| XGD | 91-88-85 | 18 | | |
| CZQ | 158-155-152 | 36 | | |

Number Correct

0" delay _____

9" delay _____

18" delay _____

36" delay _____

Figure 10—1. Auditory Consonant Trigrams sample score sheet—Adults. Adapted from D. Stuss (May 1994).

Table 10—1. Performance on the Consonant Trigrams Test on Two Separate Occasions (One Week Apart) by Age (SD in Parentheses)

| Condition | 16-29 years (n = 30) | | 30-49 years (n = 30) | | 50-69 years (n = 30) | |
|--------------|----------------------|--------------|----------------------|--------------|----------------------|--------------|
| | 1st visit | 2nd visit | 1st visit | 2nd visit | 1st visit | 2nd visit |
| 9-sec delay | 12.03 (2.24) | 12.57 (2.03) | 12.00 (2.52) | 12.10 (2.85) | 11.47 (2.33) | 11.70 (2.28) |
| 18-sec delay | 11.37 (2.82) | 12.27 (2.41) | 10.50 (3.11) | 12.00 (2.59) | 10.23 (2.46) | 10.67 (2.92) |
| 36-sec delay | 9.43 (2.71) | 10.93 (2.88) | 9.90 (3.04) | 11.10 (2.37) | 8.67 (2.85) | 8.57 (3.54) |

Source: Stuss et al. (1988). Reprinted with permission of Swets & Zeitlinger.

Consignes de la tâche d'empan spatial (WMS-III)

Rappel ordonné

«Je vais maintenant pointer une séquence de blocs l'un après l'autre. Dès que j'ai terminé la séquence, j'aimerais que vous pointiez à votre tour la même série de blocs exactement dans le même ordre.» (faire un exemple de deux blocs pointés au hasard)

Rappel inversé

«Je vais maintenant pointer une séquence de blocs, mais cette fois, dès que j'ai terminé la séquence, j'aimerais que vous pointiez la même séquence mais en ordre inversé, c'est-à-dire en commençant par le dernier bloc que j'ai pointé.. (faire un exemple de deux blocs pointés au hasard).

N.B. *On pointe la séquence avec le doigt tout en le retirant du plateau entre chacun des blocs pointés (pour éviter des configurations spatiales facilement mémorisables).*

9. Spatial Span



DISCONTINUE RULE:

After scores of 0 on both trials of any item. For both Spatial Span Forward & Spatial Span Backward, administer both trials of each item even if Trial 1 is passed.



RECORDING:

All responses verbatim



SCORING RULE:

0-1 pt. for each trial

Spatial Span Forward

| Item/Trial | Response | Score 0 or 1 |
|---|----------|-----------------|
| 1. Trial 1 3 - 10 | | |
| Trial 2 7 - 4 | | |
| 2. Trial 1 1 - 9 - 3 | | |
| Trial 2 8 - 2 - 7 | | |
| 3. Trial 1 4 - 9 - 1 - 6 | | |
| Trial 2 10 - 6 - 2 - 7 | | |
| 4. Trial 1 6 - 5 - 1 - 4 - 8 | | |
| Trial 2 5 - 7 - 9 - 8 - 2 | | |
| 5. Trial 1 4 - 1 - 9 - 3 - 8 - 10 | | |
| Trial 2 9 - 2 - 6 - 7 - 3 - 5 | | |
| 6. Trial 1 10 - 1 - 6 - 4 - 8 - 5 - 7 | | |
| Trial 2 2 - 6 - 3 - 8 - 2 - 10 - 1 | | |
| 7. Trial 1 7 - 3 - 10 - 5 - 7 - 8 - 4 - 9 | | |
| Trial 2 6 - 9 - 3 - 2 - 1 - 7 - 10 - 5 | | |
| 8. Trial 1 5 - 8 - 4 - 10 - 7 - 3 - 1 - 9 - 6 | | |
| Trial 2 8 - 2 - 6 - 1 - 10 - 3 - 7 - 4 - 9 | | |

Forward Total Score
Range = 0 to 16

Spatial Span Backward

| Item/Trial | (Correct Response)/Response | Score 0 or 1 |
|--|-----------------------------|-----------------|
| 1. Trial 1 7 - 4 (4 - 7) | | |
| Trial 2 3 - 10 (10 - 3) | | |
| 2. Trial 1 8 - 2 - 7 (7 - 2 - 8) | | |
| Trial 2 1 - 9 - 3 (3 - 9 - 1) | | |
| 3. Trial 1 10 - 6 - 2 - 7 (7 - 2 - 6 - 10) | | |
| Trial 2 4 - 9 - 1 - 6 (6 - 1 - 9 - 4) | | |
| 4. Trial 1 5 - 7 - 9 - 8 - 2 (2 - 8 - 9 - 7 - 5) | | |
| Trial 2 6 - 5 - 1 - 4 - 8 (8 - 4 - 1 - 5 - 6) | | |
| 5. Trial 1 9 - 2 - 6 - 7 - 3 - 5 (5 - 3 - 7 - 6 - 2 - 9) | | |
| Trial 2 4 - 1 - 9 - 3 - 8 - 10 (10 - 8 - 3 - 9 - 1 - 4) | | |
| 6. Trial 1 2 - 6 - 3 - 8 - 2 - 10 - 1 (1 - 10 - 2 - 8 - 3 - 6 - 2) | | |
| Trial 2 10 - 1 - 6 - 4 - 8 - 5 - 7 (7 - 5 - 8 - 4 - 6 - 1 - 10) | | |
| 7. Trial 1 6 - 9 - 3 - 2 - 1 - 7 - 10 - 5 (5 - 10 - 7 - 1 - 2 - 3 - 9 - 6) | | |
| Trial 2 7 - 3 - 10 - 5 - 7 - 8 - 4 - 9 (9 - 4 - 8 - 7 - 5 - 10 - 3 - 7) | | |
| 8. Trial 1 8 - 2 - 6 - 1 - 10 - 3 - 7 - 4 - 9 (9 - 4 - 7 - 3 - 10 - 1 - 6 - 2 - 8) | | |
| Trial 2 5 - 8 - 4 - 10 - 7 - 3 - 1 - 9 - 6 (6 - 9 - 1 - 3 - 7 - 10 - 4 - 8 - 5) | | |

Backward Total Score
Range = 0 to 16

Total Score
Range = 0 to 32

(Sum Forward Total Score & Backward Total Score)

Mesulam and Weintraub Cancellation Test

Mesulam, M. M. (1985) *Principles of behavioral neurology* (1^{re} ed.). Philadelphia : F. A. Davis Company.
Dawes, S.E. (2000). The Mesulam and Weintraub Cancellation Test : Normative Data and Clinical Utility.
<http://www.usq.edu.au/users/senior/Theses/Dawes%20Thesis/Dawes%20Thesis.htm>

| | | | |
|-------------------------|-------------------|---------------------|------------|
| Nom : | Sexe : M F | Âge : | Date : / / |
| Scolarité : | Dominance : D G A | Date de naissance : | / / |
| Occupation : | | | |
| Motif de consultation : | | | |

«Les épreuves que je vais maintenant vous demander de compléter sont appelées des tests de barrage. Pour chacun des quatre tests, je vais vous demander de prendre ce crayon (présenter un crayon au sujet et de rayer d'un trait tous les types de lettre ou de symbole en particulier sur une page. Chaque page est remplie avec la lettre ou le symbole en particulier ainsi que beaucoup d'autres lettres et symboles. Regardons un exemple pour commencer.» Placer la feuille de pratique avec les lettres devant le sujet. «L lettre que vous devez trouver est la lettre A. Le nombre de lettre que vous devez repérer est peu élevé dans cet exemple mais allez-y en rayant d'un trait tous les A que vous pouvez voir.»

Présenter maintenant la feuille Lettres-Structurées devant le sujet. «Maintenant, je voudrais que vous fassiez la même chose ici. Rayez d'un trait tous les A que vous pouvez voir. Dites-moi lorsque vous aurez terminé. Commencez !» Enregistrer le temps pris pour compléter la tâche et la méthode de balayage utilisée. Par la suite, présenter la feuille Lettres-Non structurées. (N.B. le temps total est noté sans égard aux vérifications du sujet.)

«Maintenant, je voudrais à nouveau que vous rayiez d'un trait tous les A. Commencez !» Enregistrer le temps pris pour compléter la tâche et la méthode de balayage utilisée. Par la suite, présenter la feuille de pratique Symbole.

«Maintenant, je veux voir votre capacité à repérer un symbole. Vous voyez ce symbole ici ? (pointer) Rayez d'un trait chaque symbole exactement comme celui-ci. Commencez !» Après la session de pratique, présenter la feuille Formes-Structurées puis la feuille Formes-Non structurées en disant chaque fois : «Rayez d'un trait chaque symbole exactement comme celui-ci. Commencez !»

| Lettres-Structurées | | | | | |
|----------------------------|--------------|-------------------|------------------|-------|---------------|
| Débute à (deux sources) | Organisation | | Temps : | | |
| | Sillon | Unidirectionnelle | Quadrant | Cible | Fausse-alarme |
| Droite | G-D | G-D | Supérieur gauche | | |
| Gauche | H-B | D-G | Inférieur gauche | | |
| Supérieur | | H-B | Supérieur droit | | |
| Inférieur | | B-H | Inférieur droit | | |
| Lettres-Non structurées | | | | | |
| Débute à (deux sources) | Organisation | | Temps : | | |
| | Sillon | Unidirectionnelle | Quadrant | Cible | Fausse-alarme |
| Droite | G-D | G-D | Supérieur gauche | | |
| Gauche | H-B | D-G | Inférieur gauche | | |
| Supérieur | | H-B | Supérieur droit | | |
| Inférieur | | B-H | Inférieur droit | | |
| Formes Structurées | | | | | |
| Débute à (deux sources) | Organisation | | Temps : | | |
| | Sillon | Unidirectionnelle | Quadrant | Cible | Fausse-alarme |
| Droite | G-D | G-D | Supérieur gauche | | |
| Gauche | H-B | D-G | Inférieur gauche | | |
| Supérieur | | H-B | Supérieur droit | | |
| Inférieur | | B-H | Inférieur droit | | |
| Formes-Non structurées | | | | | |
| Débute à (deux sources) | Organisation | | Temps : | | |
| | Sillon | Unidirectionnelle | Quadrant | Cible | Fausse-alarme |
| Droite | G-D | G-D | Supérieur gauche | | |
| Gauche | H-B | D-G | Inférieur gauche | | |
| Supérieur | | H-B | Supérieur droit | | |
| Inférieur | | B-H | Inférieur droit | | |

en travaillant
le plus
vite possible
sans en
oublier.

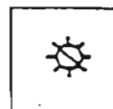
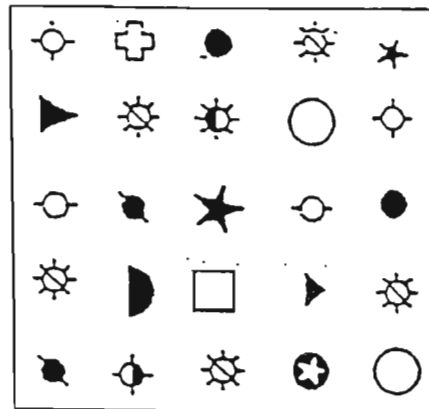
(N.B. le temps total est noté sans égard aux vérifications du sujet.)

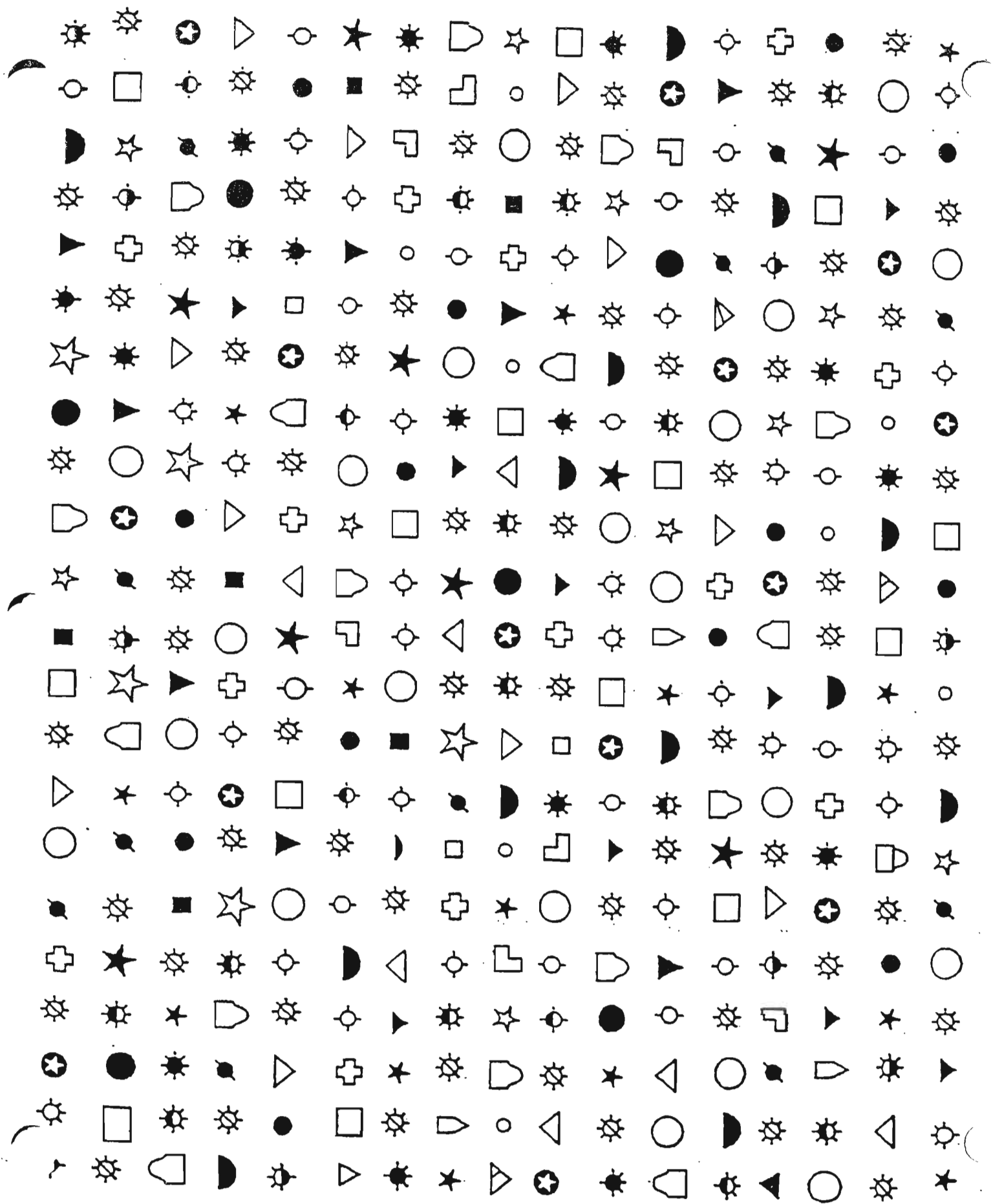
A

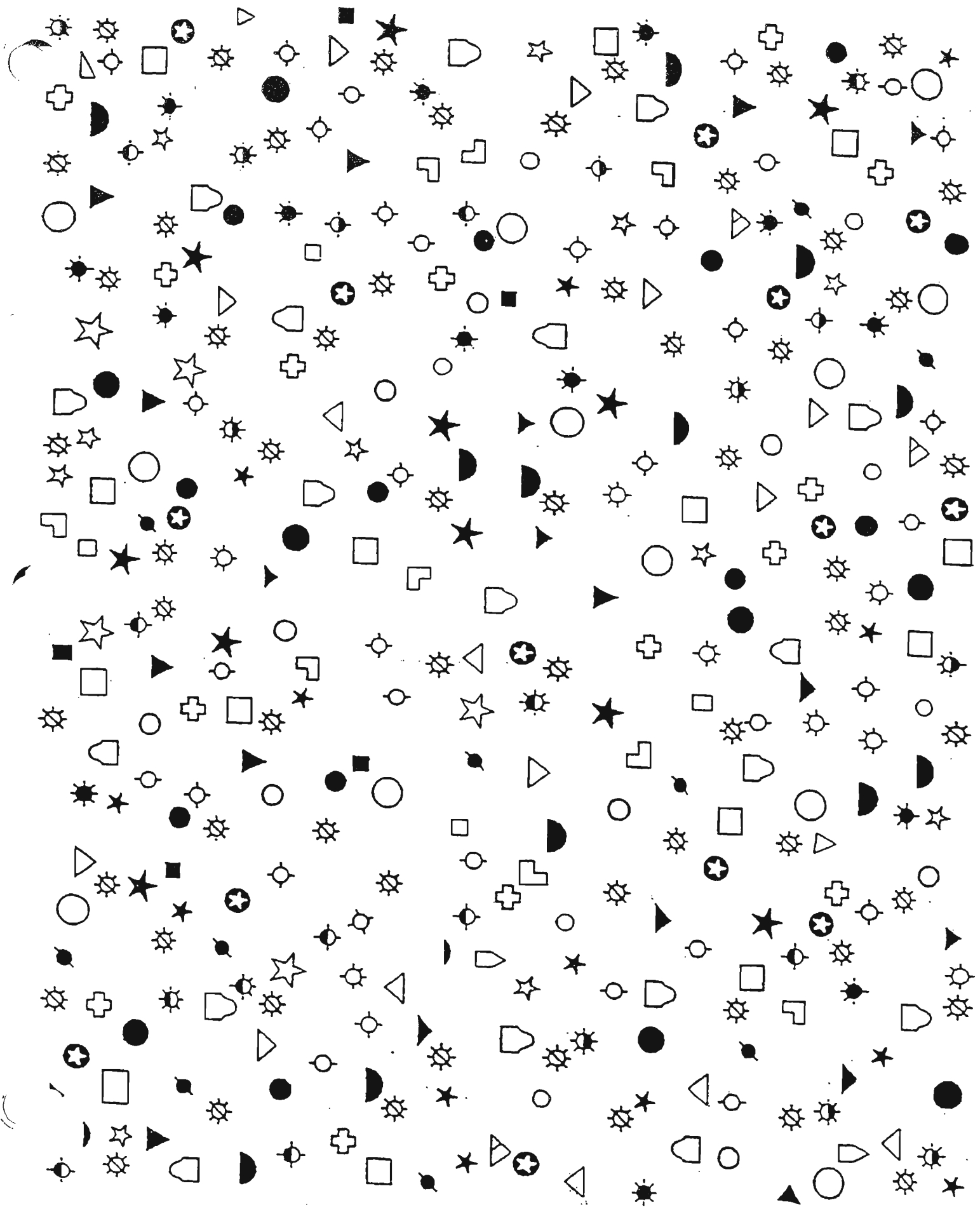
| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| N | X | E | A | P |
| A | F | Z | R | U |
| O | I | O | G | A |
| B | A | L | P | K |
| T | J | S | A | F |

N X E A P W B V A Q H R Y A K O G M A Z L O
A F Z R U A T I L S C X E P W B A Q V D G A
Q I O G A V K Y D U A A B Z T F J A L R M C
B A L P K R A J E I O Z H V X A Q F W S A U
T J S A F M Z V A K L E U A R I H P A O B X
F N R E W C A H P Y Q M J S D A Z V K I G L
U A I Z X A O B L F T G P Y C W A E R H A N
L V A J P S R K I A B N A F X U M Q D A C W
O K Q D C M H W G E V R S B I L Z T Y F U J
Y Z A U T I G F S A J O A D P H N R M A E V
E A W H R A L T B M D V I G O S A K U X A P
R T P Y N K A S W L U C Q E H A F B J O Z I
H B K A G O C E A P R I W A U Q L D A T S Y
D A J S I L A N F R E P C H V A O G T B A K
C Q T B A E W O R J A A L I M D S A H G K F
A L G I D A S M K B F H R U E J A O P C N A
E H A B W F P A G T K A Q Y R C A U M

W X E A P W A U Z F I A Q H C N B A A L Z H V E U A D P Y A C W I G A N L
A F Z R A T G A V K Y A E I A A K A W Q T L G E F A V N S R D P H N R G O A E A P
Q O B L P K A F M S A Z E B O A D M H T I G R A H L A S B X M I D C M V S
B A J A S A Z F M A V K A C P Y G N F A E U R A I B X O K L
T J A A Z R X Z A Q A K C U D A H R A L A Y N T C Q O A Z D Q A T S Y I
F N Z X O A L T H L R A S B X M I D C M V S
I A U A Q A K C U D A H R A L A Y N T C Q O A Z D Q A T S Y I
O A K C U D A H R A L A Y N T C Q O A Z D Q A T S Y I
Y D A H R A L A Y N T C Q O A Z D Q A T S Y I
E A W L A Y N K G C A E P R E K B A A I M D J Q Y R C A
T A P B J S I A L N F A J A O S A A F P Z V O R U E J Q KA
R H P B J S I A L N F A J A O S A A F P Z V O R U E J Q KA
D A A L N F A J A O S A A F P Z V O R U E J Q KA
C Q T B A O S A A F P Z V O R U E J Q KA
A L E G H A B







Consignes de la copie de la Figure de Rey (et la Figure de Taylor)

«Je vais maintenant vous montrer un le dessin d'une figure. Je voudrais que vous la copiez sur cette feuille aussi précisément que possible en respectant tous les détails et les proportions.»

Donner la feuille intitulés «copie» au sujet et la placer devant lui dans le sens de la longueur. Utiliser des crayons de couleurs (3 à 4) pour indiquer à chaque fois une section complétée (changer à peu près un nombre de fois égal au nombre de section de la figure). Faire un trait de couleur après chaque changement de crayon pour indiquer l'ordre.

Rappel immédiat de la Figure

Tout de suite après la copie, on donne la feuille intitulée «rappel I.» (pour rappel immédiat) et on lui demande de redessiner de mémoire tous les détails dont il se souvient de la figure qu'il vient à peine de copier. Il n'est pas nécessaire d'utiliser des crayons de couleur pour cette étape. Il n'y a pas d'incitation à fournir des détails même si le sujet n'est pas certain.

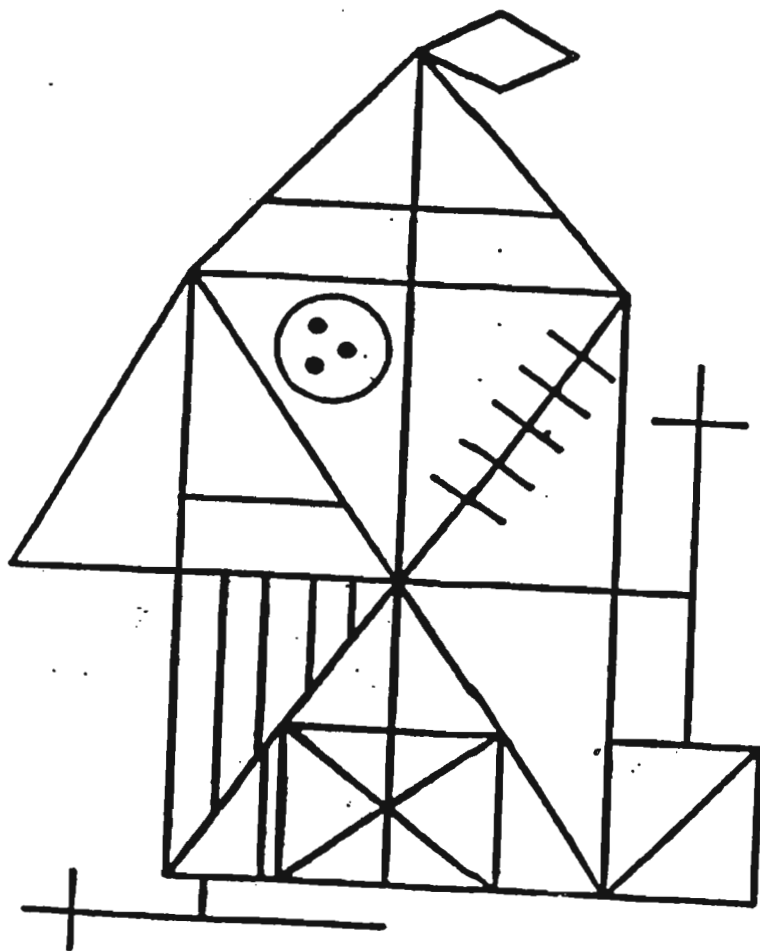
Rappel différé de la Figure

Après 30 minutes suivant la copie, on place devant le sujet la feuille intitulée «rappel D.» (pour rappel différé) et on demande au sujet de recopier la figure en lui demandant:

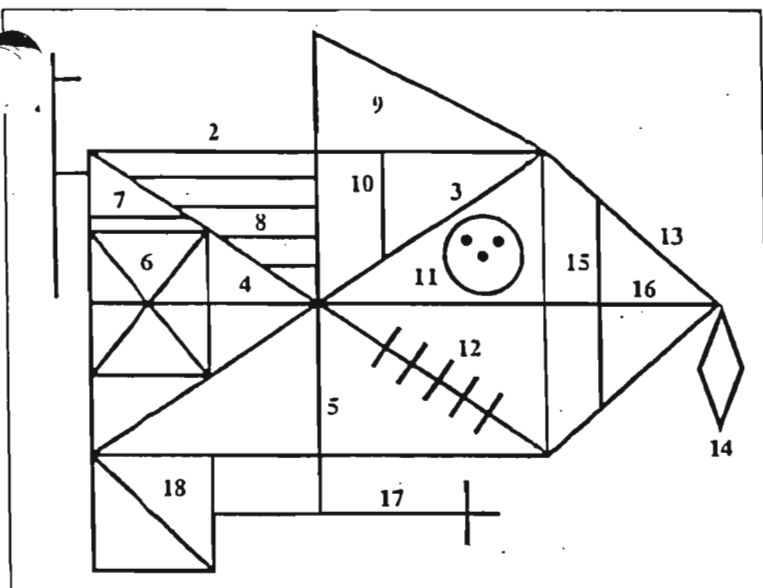
«Vous souvenez-vous tout à l'heure du dessin que je vous ai demandé de copier? J'aimerais maintenant que vous la redessiniez de mémoire le plus exactement possible. Si vous faites une erreur, n'effacez pas le détail, vous n'avez qu'à corriger ce qui vous semble incorrect.»

Reconnaissance de la Figure

Après le rappel différé, on fournit au sujet les feuilles de reconnaissance et le sujet doit encercler les parties de figures qui faisaient parties du dessin copie auparavant.



Scoring Sheet



Scoring Criteria for RCFT Drawings

| Score | Accuracy | Placement |
|-------|---|--------------------|
| 2 | Accurately drawn | Correctly placed |
| 1 | Accurately drawn | Incorrectly placed |
| 1 | Inaccurately drawn | Correctly placed |
| 0.5 | Inaccurately drawn, but recognizable | Incorrectly placed |
| 0 | Inaccurately drawn and unrecognizable, or omitted | Incorrectly placed |

Scoring Element

1. Vertical Cross
2. Large Rectangle
3. Diagonal Cross
4. Horizontal Midline of Large Rectangle (2)
5. Vertical Midline of Large Rectangle (2)
6. Small Rectangle
7. Small Horizontal Line above Small Rectangle (6)
8. Four Parallel Lines
9. Small Triangle above Large Rectangle (2)
10. Small Vertical Line within Large Rectangle (2)
11. Circle with Three Dots
12. Five Parallel Lines
13. Sides of Large Triangle attached to Large Rectangle (2)
14. Diamond
15. Vertical Line within Sides of Large Triangle (13)
16. Horizontal Line within Sides of Large Triangle (13)
17. Horizontal Cross
18. Square attached to Large Rectangle (2)

Copy

Immediate Recall

Delayed Recall

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|-----|---|---|---|-----|---|---|---|-----|---|
| 2 | 1 | 0.5 | 0 | 2 | 1 | 0.5 | 0 | 2 | 1 | 0.5 | 0 |
| 2 | 1 | 0.5 | 0 | 2 | 1 | 0.5 | 0 | 2 | 1 | 0.5 | 0 |
| 2 | 1 | 0.5 | 0 | 2 | 1 | 0.5 | 0 | 2 | 1 | 0.5 | 0 |
| 2 | 1 | 0.5 | 0 | 2 | 1 | 0.5 | 0 | 2 | 1 | 0.5 | 0 |
| 2 | 1 | 0.5 | 0 | 2 | 1 | 0.5 | 0 | 2 | 1 | 0.5 | 0 |
| 2 | 1 | 0.5 | 0 | 2 | 1 | 0.5 | 0 | 2 | 1 | 0.5 | 0 |
| 2 | 1 | 0.5 | 0 | 2 | 1 | 0.5 | 0 | 2 | 1 | 0.5 | 0 |
| 2 | 1 | 0.5 | 0 | 2 | 1 | 0.5 | 0 | 2 | 1 | 0.5 | 0 |
| 2 | 1 | 0.5 | 0 | 2 | 1 | 0.5 | 0 | 2 | 1 | 0.5 | 0 |
| 2 | 1 | 0.5 | 0 | 2 | 1 | 0.5 | 0 | 2 | 1 | 0.5 | 0 |
| 2 | 1 | 0.5 | 0 | 2 | 1 | 0.5 | 0 | 2 | 1 | 0.5 | 0 |
| 2 | 1 | 0.5 | 0 | 2 | 1 | 0.5 | 0 | 2 | 1 | 0.5 | 0 |
| 2 | 1 | 0.5 | 0 | 2 | 1 | 0.5 | 0 | 2 | 1 | 0.5 | 0 |
| 2 | 1 | 0.5 | 0 | 2 | 1 | 0.5 | 0 | 2 | 1 | 0.5 | 0 |
| 2 | 1 | 0.5 | 0 | 2 | 1 | 0.5 | 0 | 2 | 1 | 0.5 | 0 |
| 2 | 1 | 0.5 | 0 | 2 | 1 | 0.5 | 0 | 2 | 1 | 0.5 | 0 |
| 2 | 1 | 0.5 | 0 | 2 | 1 | 0.5 | 0 | 2 | 1 | 0.5 | 0 |
| 2 | 1 | 0.5 | 0 | 2 | 1 | 0.5 | 0 | 2 | 1 | 0.5 | 0 |

Raw score

Raw score

Raw score

Recognition Trial Worksheet

Recognition True Positives = Sum of items 2, 5, 7, 8, 9, 12, 13, 15, 19, 20, 22, and 24 that were circled.

Recognition False Positives = Sum of items 1, 3, 4, 6, 10, 11, 14, 16, 17, 18, 21, and 23 that were circled.

Recognition True Negatives = 12 minus Recognition False Positives.

Recognition False Negatives = 12 minus Recognition True Positives.

Recognition Total Correct = Recognition True Positives plus Recognition True Negatives.

Épreuve de reconnaissance de la Figure complexe de Rey

Définitions

Vrais positifs: items cibles encerclés.

Items cibles: 2, 5, 7, 8, 9, 12, 13, 15, 19, 20, 22, 24.

Vrais négatifs: items distracteurs non encerclés.

Items distracteurs: 1, 3, 4, 6, 10, 11, 14, 16, 17, 18, 21, 23.

Nombre total de bonnes réponses: # de vrais positifs + # de vrais négatifs.

Feuille-réponses

Nom: Âge: Date:

Résultats

| | Score brute | Score T | Interprétation |
|--|-------------|---------|----------------|
| Rappel immédiat: | _____ | _____ | _____ |
| Rappel différé: | _____ | _____ | _____ |
| Reconnaissance (# total de bonnes réponses): | _____ | _____ | _____ |

- ☐ Performance normale
- ☐ Problème d'attention
- ☐ Problème d'encodage (encoding)
- ☐ Problème d'emmagasinement (storage)
- ☐ Problème d'évocation

TÂCHE DE RECONNAISSANCE DE LA FIGURE COMPLEXE DE REY

Nom du sujet : _____

Date : _____

No de recherche : _____

No dossier hôpital : _____

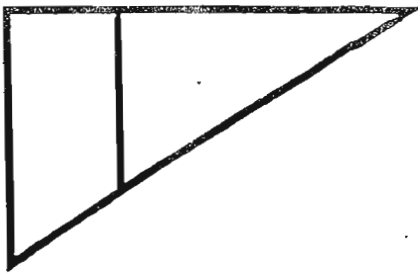
| | Bonne reconnaissance | | Mauvaise reconnaissance | |
|----|--|--|--|--|
| | <small>Détail adéquat</small> <i>vrai positif</i> <small>(oui)</small> | <small>Détail inadéquat</small> <i>vrai négatif</i> <small>(non)</small> | <small>Détail adéquat</small> <i>faux négatif</i> <small>(non)</small> | <small>Détail inadéquat</small> <i>faux positif</i> <small>(oui)</small> |
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |
| 23 | | | | |
| 24 | | | | |
| | Total A : | Total B : | Total C : | Total : |

Bonnes reconnaissance (A + B)

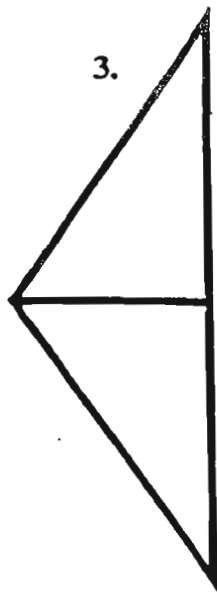
1.



2.



3.



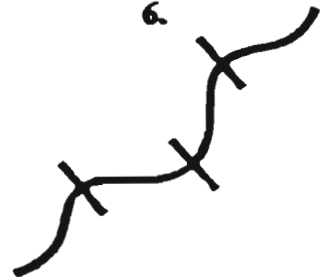
4.



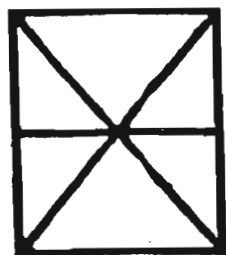
5.



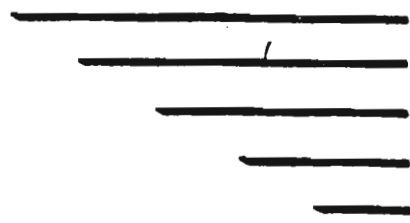
6.



7.



8.



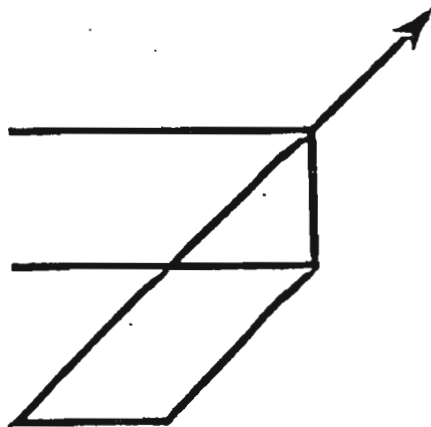
9.



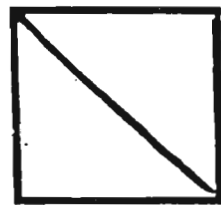
10.



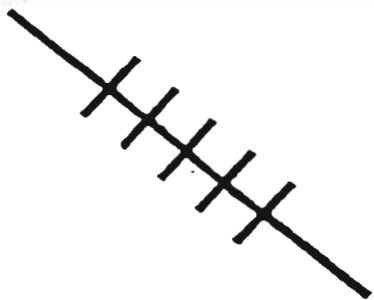
11.



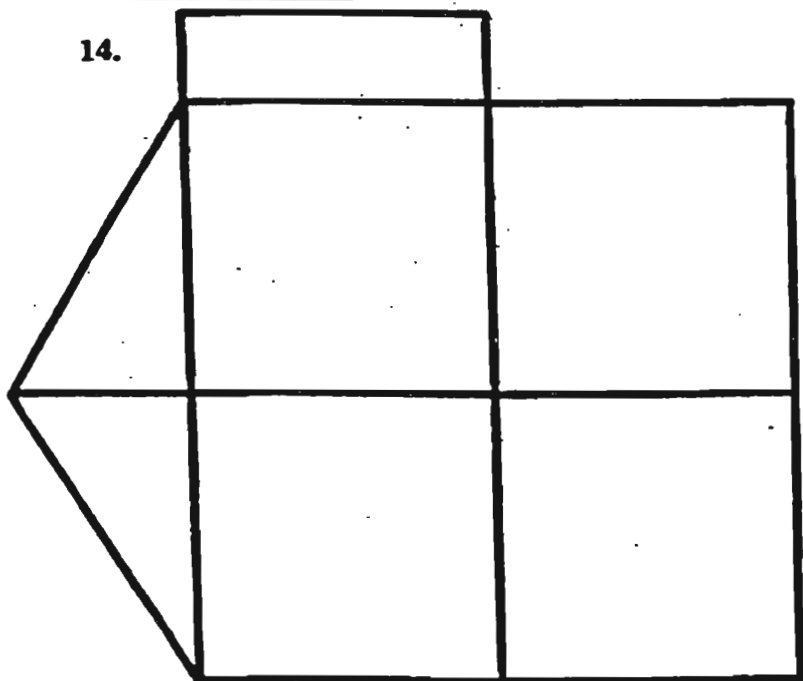
12.



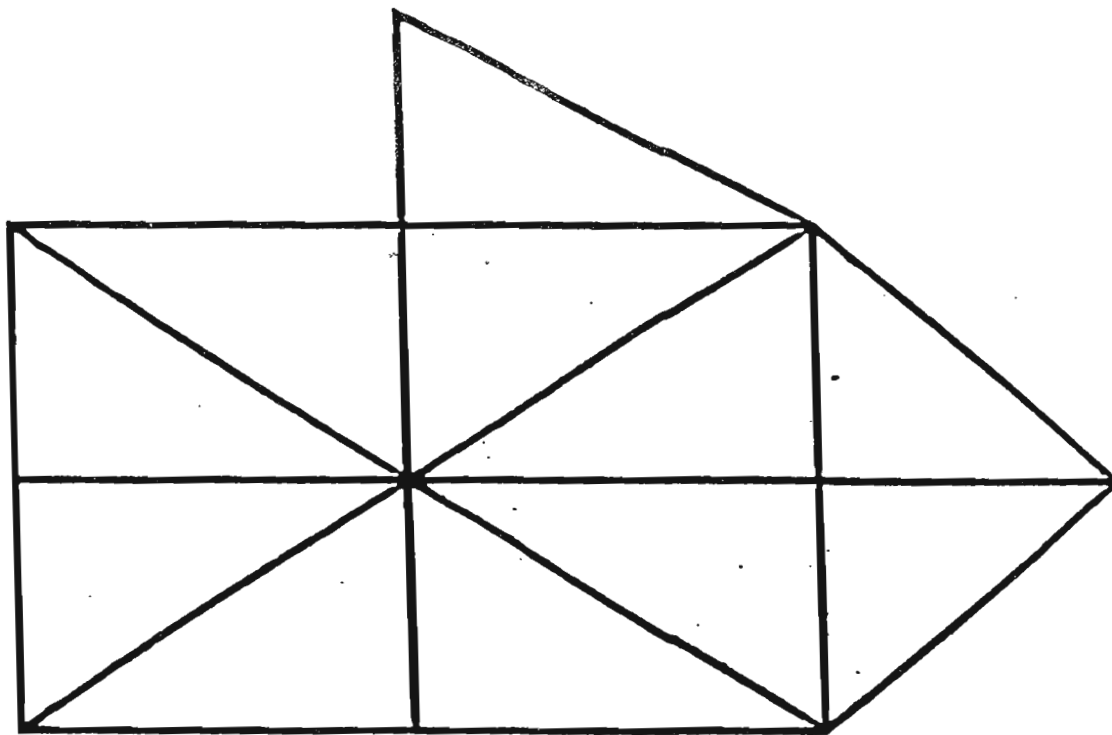
13.



14.



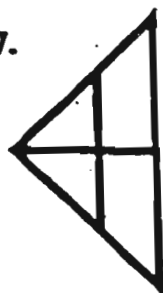
15.



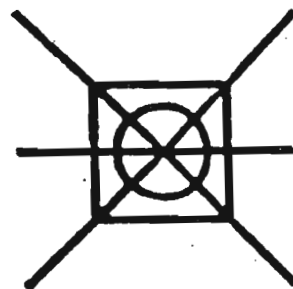
16.



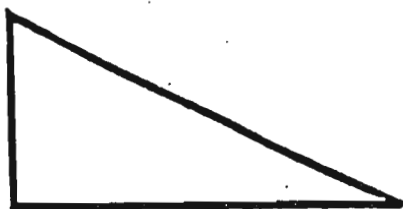
17.



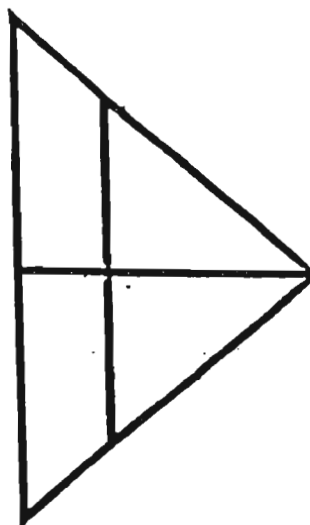
18.



19.



20.



21.



22.



23.



24.



Condition 1 : Fluidité alphabétique

Matériel

- Formulaire
- Livret (position chevalier)
- Chronomètre

Interruption

Ne pas interrompre. Administrer les trois essais.

Pour chaque essai, interrompre après 60 secondes.

Incitations

- Si le sujet ne réussit pas à fournir une réponse après un délai de 15 secondes, dire, **Continuez**. Donner cette incitation une seule fois par essai.

- La première fois que le sujet génère trois mots de suite qui ne débutent pas par la lettre désignée, dire, **La lettre que nous utilisons maintenant est _____**. Donner cette incitation une seule fois par essai.

- Laisser le chronomètre en marche lorsque les incitations sont fournies.

Placer le livret dans sa position de chevalier. Dire,

Je vais dire une lettre de l'alphabet. À mon signal, je veux que vous me disiez le plus de mots possibles qui commencent par cette lettre. Vous aurez 60 secondes pour le faire avant que je vous dise d'arrêter. Aucun des mots ne peuvent être des noms de personne, des endroits ou des nombres. Par exemple, si je vous donne la lettre **T**, vous pouvez me dire **taxe, toit, tour**, et ainsi de suite, mais vous ne devriez pas me dire **Thomas**, parce que c'est un nom de personne, vous ne devriez pas me dire **Toronto** parce que c'est le nom d'un endroit et vous ne devriez pas me dire **trois** parce que c'est un nombre. Aussi, vous ne pouvez pas me donner le même mot en changeant seulement la fin. Par exemple, si vous dites **taxe**, vous ne devriez pas aussi me dire **taxer** ou **taxable**. Avez-vous des questions ?

Tourner la page pour présenter le résumé des instructions au sujet.

Dites des mots différents.

Pas de nom de personne.

Pas de nom d'endroit.

Pas de nombre.

Matériel

- Formulaire
- Livret (position chevalet)
- Chronomètre

Interruption

Ne pas interrompre. Administrer les trois essais.

Pour chaque essai, interrompre après 60 secondes.

Incitations

- Si le sujet ne réussit pas à fournir une réponse après un délai de 15 secondes, dire, **Continuez**. Donner cette incitation une seule fois par essai.
- La première fois que le sujet génère trois mots de suite qui ne débutent pas par la lettre désignée, dire, La lettre que nous utilisons maintenant est . Donner cette incitation une seule fois par essai.
- Laisser le chronomètre en marche lorsque les incitations sont fournies.

Condition 1 : Fluidité alphabétique (suite)

Dire,

Voici une feuille pour vous aider à retenir ces règles.

Revoir les instructions avec le sujet, en pointant tour à tour les quatre règles. Laisser le résumé des instructions à la vue du sujet tout au long de l'administration de la condition Fluidité alphabétique.

Note : si vous administrez la Forme alternative de ce test, utilisez la lettre qui apparaît entre parenthèses dans les instructions suivantes.

Essai 1

Dire,

La première lettre est P. Prêt ? Allez-y.

Démarrer le chronomètre. Sur le formulaire, écrire les réponses du sujet verbatim dans la colonne identifiée «F» («B» si vous utilisez la Forme alternative). Noter les réponses que le sujet génère durant les 15 premières secondes dans la première fenêtre (nommée «1-15 secondes»), enregistrer les réponses générées durant le second intervalle de 15 secondes dans la deuxième fenêtre (nommée «16-30 secondes») et ainsi de suite. Après 60 secondes, dire,

Arrêtez.

Essai 2

Présenter la lettre en disant, F

La prochaine lettre est A. Prêt ? Allez-y.

Démarrer le chronomètre. Noter les réponses du sujet comme à l'Essai 1. Après 60 secondes, dire,

Arrêtez.

Essai 3

Présenter la lettre en disant, L

La prochaine lettre est S. Prêt ? Allez-y.

Démarrer le chronomètre. Noter les réponses du sujet comme à l'Essai 1. Après 60 secondes, dire,

Arrêtez.

Matériel

- Formulaire
- Livret (position chevalet)
- Chronomètre

Interruption

Ne pas interrompre. Administrer les deux essais.

Pour chaque essai, interrompre après 60 secondes.

Incitations

- Si le sujet ne réussit pas à fournir une réponse après un délai de 15 secondes, dire, **Continuez**. Donner cette incitation une seule fois par essai.
- La première fois que le sujet génère trois mots de suite qui ne correspondent pas à la catégorie, dire, **La catégorie que nous utilisons maintenant est _____**. Donner cette incitation une seule fois par essai.
- Laisser le chronomètre en marche lorsque les incitations sont fournies.

Condition 2 : Fluidité catégorielle

Laisser le livret dans sa position de chevalet

Note : si vous administrez la Forme alternative de ce test, utilisez la catégorie qui apparaît entre parenthèses dans les instructions suivantes.

Essai 1

Dire,

Maintenant, nous allons faire quelque chose d'un peu différent. Cette fois, je veux que vous me disiez le plus d'**animaux (animaux)** que vous pouvez, peu importe la lettre par laquelle ils commencent. Vous aurez 60 secondes pour le faire avant que je vous dise d'arrêter. Avez-vous des questions ? Prêt ? Allez-y.

Démarrer le chronomètre. Sur le formulaire, écrire les réponses du sujet verbatim dans la colonne identifiée «Animaux» («Vêtements» si vous utilisez la Forme alternative). Comme avant, noter les réponses du sujet à l'intérieur des sections qui correspondent aux intervalles de 15 secondes appropriés. À la fin du 60 secondes, dire,

Arrêtez.

Essai 2

Présenter la catégorie en disant,

Maintenant, dites-moi le plus de **noms de garçon (garçons)** que vous pouvez. Vous aurez 60 secondes pour le faire avant que je vous dise d'arrêter. Prêt ? Allez-y.

Démarrer le chronomètre. Noter les réponses du sujet comme à l'Essai 1. Après 60 secondes, dire,

Arrêtez.

Condition 3 : Alternance catégorielle

Matériel

- Formulaire
- Livret (position chevalier)
- Chronomètre

Interruption

Interrompre après 60 secondes.

Incitations

- Si le sujet ne réussit pas à fournir une réponse après un délai de 15 secondes, dire, **Continuez**. Donner cette incitation une seule fois pour cette condition.
- La première fois que le sujet génère trois mots de suite qui n'appartiennent pas à une des deux catégories désignées, dire, **Les catégories entre lesquelles vous devez alterner sont _____ et _____**. Donner cette incitation une seule fois pour cette condition.
- Laisser le chronomètre en marche lorsque les incitations sont fournies.

Laisser le livret dans sa position de chevalier.

Note : si vous administrez la Forme alternative de ce test, utilisez les catégories qui apparaissent entre parenthèses dans les instructions suivantes.

Dire,

Maintenant, nous allons faire quelque chose d'un peu différent. Je veux que vous alterniez en me donnant toujours un fruit (légume) suivi d'un meuble (légume), peu importe la lettre par laquelle ils commencent. Vous aurez 60 secondes pour le faire avant que je vous dise d'arrêter. Donc, vous devriez me dire un fruit (légume), ensuite un meuble (instrument de musique), ensuite un fruit (légume), ensuite un meuble (instrument de musique) et ainsi de suite. Vous pouvez commencer avec un fruit (légume) ou un meuble (instrument de musique). Avez-vous des questions ? Prêt ? Allez-y.

Démarrer le chronomètre. Comme avant, noter les réponses du sujet à l'intérieur des sections qui correspondent aux intervalles de 15 secondes appropriés. À la fin du 60 secondes, dire,

Arrêtez.

D-KEFS Fluidité Verbale

Condition 1 : Fluidité Alphabétique

① PRÉ-TEST: P → F → L
 ② POST-TEST F → A → S

Premier
Intervalle :
1 - 15
Secondes

1" - 15"

Deuxième
Intervalle :
16 - 30
Secondes

16" - 30"

Troisième
Intervalle :
31 - 45
Secondes

31" - 45"

Quatrième
Intervalle :
46 - 60
Secondes

46" - 60"

1" - 15"
F + A + S
Réponses
Correctes

16" - 30"
F + A + S
Réponses
Correctes

31" - 45"
F + A + S
Réponses
Correctes

46" - 60"
F + A + S
Réponses
Correctes

F
Total
Réponses Correctes
Total
Erreurs de Perte de But
Total
Erreurs de Répétition

A
Total
Réponses Correctes
Total
Erreurs de Perte de But
Total
Erreurs de Répétition

S
Total
Réponses Correctes
Total
Erreurs de Perte de But
Total
Erreurs de Répétition

1" - 60"
Fluidité
Alphabétique :
Total
Correct
Score Brut

Fluidité Alphabétique :
Total de Réponses (Correctes + Incorrectes)*

* Note : Certaines erreurs de répétition sont aussi codifiées comme des erreurs de perte de but ; chaque erreur codifiée en double compte pour une seule réponse dans la mesure du total de réponses.

D-KEFS Fluidité Verbale (suite)

Condition 2 : Fluidité Catégorielle

② POST-TEST --> VÊTEMENTS

-----> Pr Noms de fille

PRÉ-TEST: --> Animaux

-----> Pré Noms de Garçon

Premier
Intervalle :
1 - 15
Secondes

1" - 15"

Deuxième
Intervalle :
16 - 30
Secondes

16" - 30"

Troisième
Intervalle :
31 - 45
Secondes

31" - 45"

Quatrième
Intervalle :
46 - 60
Secondes

46" - 60"

1" - 15"
Animaux
+
Noms de
Garçon
Réponses
Correctes16" - 30"
Animaux
+
Noms de
Garçon
Réponses
Correctes31" - 45"
Animaux
+
Noms de
Garçon
Réponses
Correctes46" - 60"
Animaux
+
Noms de
Garçon
Réponses
Correctes

Animaux
Total
Réponses Correctes
Total
Erreurs de Perte de But
Total
Erreurs de Répétition

Noms de Garçon
Total
Réponses Correctes
Total
Erreurs de Perte de But
Total
Erreurs de Répétition

1" - 60"
Fluidité
Catégorielle :
Total
Correct
Score Brut

Fluidité Catégorielle
Total de Réponses (Correctes + Incorrectes)*

* Note : Certaines erreurs de répétition sont aussi codifiées comme des erreurs de perte de but ; chaque erreur codifiée en double compte pour une seule réponse dans la mesure du total de réponses.

D-KEFS Fluidité Verbale (suite)

Condition 3 : Alternance Catégorielle

② POST-TEST:

LÉGUMES / INSTRUM. MUSIQUE

① PRÉ-TEST: →

Fruits / Meubles

Premier
Intervalle :
1 - 15
Secondes1" - 15"
Fruits
+
Meubles
Réponses
Correctes*Deuxième
Intervalle :
16 - 30
Secondes16" - 30"
Fruits
+
Meubles
Réponses
Correctes*Troisième
Intervalle :
31 - 45
Secondes31" - 45"
Fruits
+
Meubles
Réponses
Correctes*Quatrième
Intervalle :
46 - 60
Secondes45" - 60"
Fruits
+
Meubles
Réponses
Correctes*Alternance Catégorielle :
Total d'Alternances
ExactesFruits
Total de
Réponses Correctes*

+

Meubles
Total de
Réponses Correctes*

=

1" - 60"

Score
BrutAlternance Catégorielle :
Total de Réponses Correctes** Les réponses correctes sont totalisées
sans égard à l'exactitude des alternances.

Erreurs de Perte de But Total

Erreurs de Répétition Total

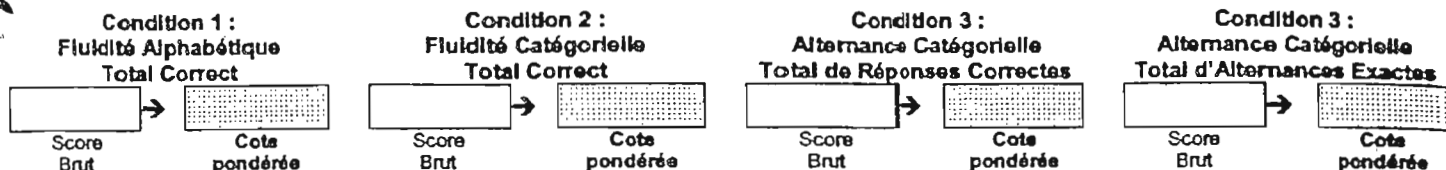
Alternance Catégorielle :
Total de Réponses (Correctes + Incorrectes)**

** Note : Certaines erreurs de répétition sont aussi codifiées comme des erreurs de perte de but ; chaque erreur codifiée en double compte pour une seule réponse dans la mesure du total de réponses.

fluidité verbale

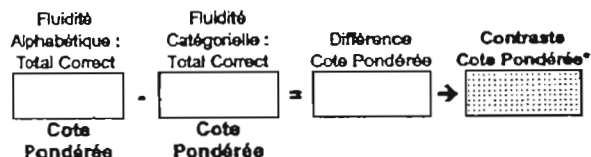
D-KEFS Fluidité Verbale : Sommaire des Scores

Mesures Primaires

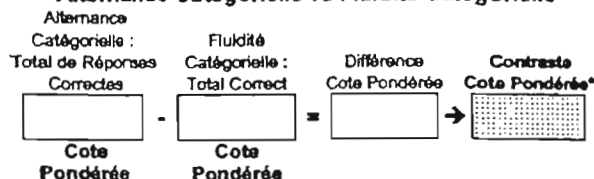


Mesures de Contraste Primaires

Fluidité Alphabétique vs Fluidité Catégorielle



Alternance Catégorielle vs Fluidité Catégorielle



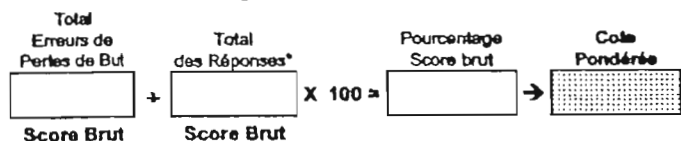
* Une mesure de contraste en cote pondérée faible ou élevée peut refléter différents problèmes cognitifs ; voir le manuel de l'examinateur.

Mesures Optionnelles : Conditions 1 – 3 Combinées

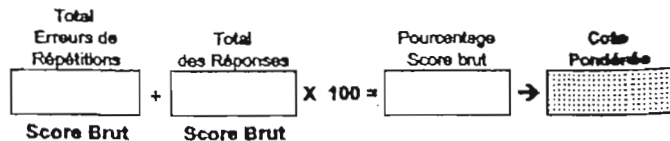
| | Condition 1 : Fluidité Alphabétique Score Brut | Condition 2 : Fluidité Catégorielle Score Brut | Condition 3 : Alternance Catégorielle Score Brut | Total Score brut | Cote Pondérée |
|--|--|--|--|---------------------|---------------|
| Premier Intervalle (1" - 15") : Total Correct | | | | | |
| Deuxième Intervalle (16" - 30") : Total Correct | | | | | |
| Troisième Intervalle (31" - 45") : Total Correct | | | | | |
| Quatrième Intervalle (46" - 60") : Total Correct | | | | | |
| Erreurs de Pertes de but | | | | | |
| Erreurs de Répétitions | | | | | |
| Total des Réponses (Correctes + Incorrectes)* | | | | | |

* Note : Certaines erreurs de répétition sont aussi codées comme des pertes de but ; chaque erreur codée en double compte comme une seule réponse pour la mesure Total des Réponses.

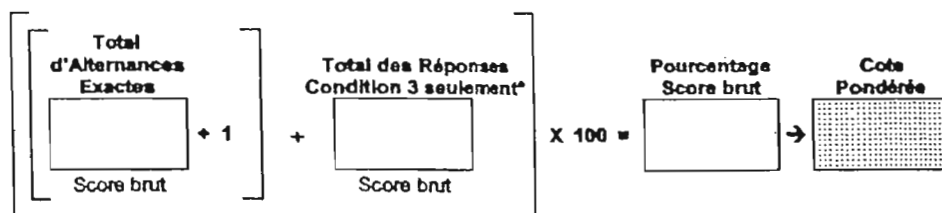
Pourcentage d'Erreurs de Pertes de But



Pourcentage d'Erreurs de Répétitions



Alternance Catégorielle :
 Pourcentage d'Alternances Exactes
 (Condition 3 seulement)



* Note : Certaines erreurs de répétition sont aussi codées comme des pertes de but ; chaque erreur codée en double compte comme une seule réponse pour la mesure Total des Réponses.

Fluidité Verbale

Consignes du Stroop

(de Bohnen, Jolles & Twijnstra, 1992 adapté par J. Chatelois)

Ordre de passation:

1-Mots, 2- Couleurs, 3-Interférence, 4-Flexibilité

La première ligne sur chaque planche est une ligne de pratique. On corrige le sujet s'il répond en dehors de la consigne. On ne chronomètre pas pour la phase de pratique.

On chronomètre à partir du premier item et arrêt du chronomètre au dernier items.

Enregistrer le temps en secondes au bas de la feuille de réponse et compiler les erreurs corrigées et non-corrigées.

Consignes:

Mots

«Lisez à voix haute, le plus rapidement possible, les mots qui se trouvent sur cette page, ligne par ligne, de gauche à droite jusqu'au bas de la page. Si vous vous trompez à un endroit, vous avez le droit de vous corriger mais ne reprenez pas au début de la ligne.»

Couleurs

«Nommez, le plus rapidement possible, les couleurs qui se trouvent sur cette page, ligne par ligne, de gauche à droite jusqu'au bas de la page. Si vous vous trompez à un endroit, vous avez le droit de vous corriger mais ne reprenez pas au début de la ligne.»

Interférence

«Nommez maintenant la couleur que vous voyez, mais sans lire le mot (la consigne peut être explicitée pour les sujets qui ne comprennent pas du premier coup et qui ont besoin d'un exemple). Vous devez travailler le plus rapidement possible. Si vous vous trompez à un endroit, vous avez le droit de vous corriger mais ne reprenez pas au début de la ligne.»

Flexibilité

«Nommez à nouveau la couleur sans lire le mot, sauf lorsque vous rencontrez une boîte comme celle-ci (exemple). Dans ce cas, vous devez lire le mot et ne pas nommer la couleur (s'assurer que la consigne est clairement comprise et reprendre au besoin avec la ligne de pratique). Vous devez travailler le plus rapidement possible. Si vous vous trompez à un endroit, vous avez le droit de corriger mais ne reprenez pas au début de la ligne.»

Directives additionnelles:

De façon générale le sujet n'utilise aucun soutien pour lire les mots. Certains sujets peuvent vouloir utiliser le doigt pour suivre mais on devrait empêcher autant que possible cette façon de faire qui tend à ralentir quelque peu la vitesse de réponse. On peut permettre la procédure dans certains cas si on constate que le sujet éprouve de la difficulté qui l'amène à se perdre ou à sauter une ligne.

Si un sujet saute une ligne on lui demande de reprendre au début de la ligne qu'il vient de sauter – on peut essayer de corriger le temps pris pour cette erreur. Si une telle erreur se produit plus d'une fois, le résultat peut être difficile d'interprétation. Il faut éviter aussi que le sujet cache une partie du mot pour se faciliter la tâche.

Nom: _____

Date: _____

••• STROOP (4 couleurs) •••

LECTURE

| | | | | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| rouge | vert | jaune | rouge | vert | bleu | rouge | jaune | bleu | vert |
| bleu | jaune | bleu | vert | bleu | rouge | vert | bleu | vert | jaune |
| rouge | bleu | jaune | vert | rouge | vert | jaune | rouge | bleu | jaune |
| rouge | bleu | jaune | bleu | vert | rouge | bleu | jaune | rouge | vert |
| bleu | jaune | rouge | jaune | vert | bleu | jaune | vert | bleu | rouge |
| vert | rouge | jaune | bleu | vert | bleu | vert | jaune | rouge | vert |
| rouge | vert | bleu | vert | jaune | bleu | jaune | rouge | vert | bleu |
| bleu | jaune | rouge | bleu | jaune | rouge | bleu | jaune | vert | rouge |
| rouge | bleu | jaune | rouge | vert | rouge | bleu | jaune | bleu | vert |
| bleu | jaune | vert | bleu | rouge | bleu | jaune | rouge | jaune | vert |

Erreurs corrigées: _____ Erreurs Non-Corrigées: _____ Temps (secs): _____

DÉNOMINATION DE COULEURS

| | | | | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| vert | rouge | jaune | bleu | vert | bleu | vert | jaune | rouge | vert |
| rouge | vert | bleu | vert | jaune | rouge | jaune | rouge | vert | bleu |
| bleu | jaune | rouge | bleu | jaune | bleu | bleu | jaune | vert | rouge |
| rouge | bleu | jaune | rouge | vert | rouge | bleu | jaune | bleu | vert |
| bleu | jaune | vert | bleu | rouge | bleu | jaune | rouge | jaune | vert |
| bleu | vert | jaune | rouge | vert | vert | rouge | jaune | bleu | vert |
| bleu | jaune | rouge | vert | bleu | rouge | vert | bleu | vert | jaune |
| rouge | bleu | jaune | vert | rouge | bleu | jaune | rouge | bleu | jaune |
| rouge | bleu | jaune | bleu | vert | rouge | bleu | jaune | rouge | vert |
| bleu | jaune | rouge | jaune | vert | bleu | jaune | vert | bleu | rouge |

Erreurs Corrigées: _____ Erreurs Non-Corrigées: _____ Temps (secs): _____

INTERFÉRENCE COULEUR

... STRC... (4 couleurs) ...

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|
| rouge | B | bleu | J | vert | R | jaune | V | vert | B | rouge | J | jaune | R | bleu | V | bleu | R | vert | R |
| vert | B | rouge | J | vert | R | jaune | B | rouge | V | bleu | J | vert | B | jaune | V | rouge | B | jaune | R |
| bleu | J | vert | B | jaune | V | rouge | B | jaune | R | vert | J | bleu | R | jaune | B | bleu | J | rouge | V |
| jaune | R | rouge | J | bleu | V | bleu | R | vert | R | rouge | B | bleu | J | vert | R | jaune | V | vert | B |
| vert | J | bleu | R | jaune | B | bleu | J | rouge | V | vert | R | vert | B | rouge | J | jaune | B | rouge | V |
| rouge | J | jaune | R | bleu | V | bleu | R | vert | R | rouge | B | bleu | J | vert | R | jaune | V | vert | B |
| vert | B | bleu | J | jaune | V | rouge | B | jaune | R | vert | R | rouge | J | vert | B | jaune | B | rouge | V |
| bleu | R | vert | J | jaune | B | bleu | J | rouge | V | bleu | J | vert | B | jaune | V | rouge | B | jaune | R |
| rouge | B | bleu | J | vert | R | jaune | V | vert | B | jaune | R | rouge | J | bleu | V | bleu | R | vert | R |
| vert | R | rouge | J | vert | B | jaune | B | rouge | V | vert | J | bleu | R | jaune | B | bleu | J | rouge | V |

Erreurs corrigées: _____ Erreurs Non-Corrigées: _____ Temps (secs): _____

FLEXIBILITÉ

| | | | | | | | | | |
|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| rouge B | JAUNE b | vert R | jaune V | vert B | rouge J | ROUGE j | bleu V | bleu R | vert R |
| BLEU v | rouge J | vert R | jaune B | rouge V | bleu J | vert B | VERT j | rouge B | jaune R |
| bleu J | vert B | VERT j | rouge B | jaune R | JAUNE v | bleu R | jaune B | bleu J | rouge V |
| jaune R | rouge J | bleu V | bleu R | ROUGE v | rouge B | bleu J | vert R | jaune V | BLEU v |
| vert J | bleu R | BLEU j | bleu J | rouge V | vert R | vert B | rouge J | BLEU j | rouge V |
| rouge J | jaune R | bleu V | ROUGE b | vert R | rouge B | JAUNE b | vert R | jaune V | vert B |
| vert B | JAUNE b | jaune V | rouge B | jaune R | ROUGE v | rouge J | vert B | jaune B | rouge V |
| bleu R | vert J | BLEU j | bleu J | rouge V | bleu J | vert B | jaune V | BLEU r | jaune R |
| rouge B | bleu J | vert R | jaune V | BLEU v | jaune R | rouge J | VERT b | bleu R | vert R |
| vert R | JAUNE r | vert B | jaune B | rouge V | vert J | ROUGE b | jaune B | bleu J | rouge V |

Couleurs corrigées: _____ Couleurs non-corrigées: _____ Temps (secs): _____
Mots corrigés: _____ Mots non-corrigés: _____

Consignes de la Tour de Londres

Disposition des supports:

Placer les deux support l'un en face de l'autre, le côté de la tige la plus longue faisant face à la main droite du sujet (peut importe sa dominance manuelle). Les deux supports devraient être séparés d'environ deux pouces. La tige la plus longue du côté de l'évaluatrice devrait être directement opposée à la tige la plus longue du côté du sujet.

Position de départ:

Après chaque essai, démonstration, pratique ou test, on doit replacer les billes du sujets à leur configuration de départ (voir feuille de cotation «start position»). Ensuite, retirer les billes du support de l'évaluatrice et les reconfigurer pour le prochain essai. Déposer chaque bille une à la fois en les déplaçant de la gauche vers la droite. S'assurer que le sujet ne voit pas les réponses sur la feuille de cotation (parce que pourrait voir ne nombre de déplacements à faire). Le sujet ne doit pas connaître le nombre minimum de déplacements requis. S'il pose la question, lui expliquer que vous ne pouvez malheureusement pas lui donner la réponse.

Chronométrage:

Noter que le temps d'initiation est défini comme étant le temps entre la présentation du problème (configuration) par l'évaluatrice jusqu'au retrait de la première bille par le sujet. Le chronométrage se poursuit jusqu'à ce que le problème soit complété. Cependant, si le sujet n'a pas complété la configuration en une minute, un score de Violation de Temps est noté. Le sujet peut alors continuer à résoudre le problème pour une minute supplémentaire (total de deux minutes). Si le sujet échoue après deux minutes (ou n'y arrive pas à l'intérieur du deux minutes permis), le chronométrage s'arrête et un Score de Déplacements de 20 est inscrit.

Violation de règles:

On interrompt le sujet SEULEMENT en cas de Violation de Règles et on lui indique la règle violée. Les billes illégales sont alors replacées à leur emplacement initial et le sujet est invité à poursuivre. Ne pas informer si un problème est ou n'est pas correctement résolu. Seulement lui dire, «vous vous débrouillez bien». Si le sujet exécute incorrectement un problème (ex: inverse deux billes), et s'arrête, on peut lui demander s'il n'y a pas d'erreur. Cependant, si le sujet ne réalise pas l'erreur, le souligner et l'encourager à continuer le problème.

Si le sujet réalise une erreur en cours de route

On ne peut pas lui permettre de recommencer du début. Par contre, il peut reculer bille par bille à sa position précédente pour ne pas commettre de violation de règles. Si une violation de règle survient, informer le sujet et replacer les billes à leur position de départ avant la violation de règle et inscrire une violation de règle sur la feuille de cotation. As mesure que le sujet «recule» chacune des billes à sa position précédente, on doit compter les déplacements au nombre total de déplacements accumulés.

Démonstration:

Avant chaque essai, disposer les billes du sujet dans la position de départ. Ensuite, reconfigurer le support de l'évaluatrice pour l'essai suivant. Placer les billes, une à la fois de gauche vers la droite.

«Vous voyez ces deux supports? Ils sont identiques. Vous utiliserez celui-ci et j'utiliserai celui-là. Je vais maintenant placer les billes sur les tiges pour former différentes configurations. Voyez si vous pouvez reproduire ces configurations dans le moins de mouvements de billes possibles, i.e, sans faire de déplacements inutiles.»

Retirer les billes du support de l'évaluatrice et faire le problème de démonstration. Ne pas permettre au sujet de retirer plus d'une bille à la fois. Si le sujet fait trop de déplacements, retourner les billes du sujet à leur position de départ et démontrer à nouveau la solution.

Explication des Règles à ne pas violer

«Maintenant, il y a deux règles que vous devez suivre lorsque vous déplacer vos billes»

Règle #1: *«La première est que vous ne pouvez placer plus de billes que ne peut en contenir chaque tige».* (placer alors deux billes sur la tige centrale et ajoutez-en une sur le dessus de cette tige en expliquant que cette tige ne peut contenir que deux billes et non pas trois; faire la même chose pour la tige la plus courte avec deux billes).

Règle #2: *«La seconde règle est que vous ne pouvez déplacer qu'une bille à la fois. Vous ne pouvez pas déplacer deux billes de leur tige en même temps.»* (Illustrer sur le support du sujet les déplacements permis dans différentes directions, i.e, une bille rouge de la tige 1 à la tige centrale; bille bleu de la tige centrale à la tige 1). *«Voici maintenant des exemples de ce qui n'est pas permis».* (Démontrer les trois variations de déplacements des billes de la page suivante)

Pratique des Problèmes 1-2

Placer les billes du sujet dans leur position de départ et préparer la pratique #1 sur le support de l'évaluatrice.

«Maintenant, j'aimerais que vous reproduisiez cette configuration dans le moins de déplacements de billes possibles».

Si le sujet viole la règle I ou II, interrompez-le immédiatement et replacer les billes dans leur position précédente en disant : *«Vous avez brisé une règle. Rappelez-vous que vous ne pouvez pas déplacer plus d'une bille à la fois de leur tige (ou vous ne pouvez pas mettre plus de billes que la tige peut en contenir). Maintenant vous pouvez poursuivre.»*. Si le sujet échoue la pratique #1, indiquer les nombre de déplacements extra et démontrer la solution correcte. Replacer les billes du sujet à leur position de départ et dire: *«Maintenant, essayez à nouveau et reproduisez cette configuration dans le moins de déplacements de billes possibles.»* Si le sujet échoue à nouveau la pratique #1, refaites la démonstration de la solution jusqu'à ce qu'il la réussisse et passer à la pratique #2 avec essais répétés si nécessaires.

DISCONTINUER LE TEST SI LE SUJET EST INCAPABLE DE RÉSOUDRE LA PRATIQUE 1 OU 2 MÊME AVEC DÉMONSTRATIONS RÉPÉTÉES.

Problèmes Test 1-10

Placer les billes du sujet à leur position de départ et dites:

«Maintenant, je vais poursuivre avec différentes configurations. Essayez de les reproduire sur votre support dans le moins de déplacements de billes possibles. Il est possible que vous trouviez certaines configurations difficiles mais faites du mieux que vous pouvez»

TOWER OF LONDON^{DX}TM: 2ND EDITION-ADULT RECORD FORM (16+ years)

by William C. Culbertson, Psy.D. and Eric A. Zillmer, Psy.D.

Client ID _____ Date ____/____/____

[illegible]

Address _____ Age _____
years

Med. Status _____ Referred By _____

Examiner _____

Instructions: For each problem, record the number of moves under the column "Move Count." In the appropriate boxes, record the Initiation Time and Execution Time for each problem, in addition to any Rule or Time Violations. When finished, follow the equations for each problem and total the columns into the grey boxes at the bottom. Plot these totals on the Profile Sheet.

| Tres Problems | | Start Position | | Tower of London Scoring | | | | | | | |
|---|--|----------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------|------------------------------|------------------------------|--|-----------------------------|
| | | Time Limit | Move Count (max. 20) | - Minimum = Move Score | Timing | | | Violations | | | |
| | | | | | Initiation Time (1st Move) | Execution Time | Total | Time (Over 1 min.) | Rule | | Stimulus Bound |
| | | | | | | | | Type I | Type II | | |
| D. | | | | | | | | | | | |
| P. | | 2 min. | <input type="text"/> | (2) | | | | | | | |
| P. | | 2 min. | <input type="text"/> | (2) | | | | | | | |
| 1. | | 2 min. | <input type="text"/> | - (4) = | | | | | | | |
| 2. | | 2 min. | <input type="text"/> | - (4) = | | | | | | | |
| 3. | | 2 min. | <input type="text"/> | - (5) = | | | | | | | |
| 4. | | 2 min. | <input type="text"/> | - (5) = | | | | | | | |
| 5. | | 2 min. | <input type="text"/> | - (5) = | | | | | | | |
| 6. | | 2 min. | <input type="text"/> | - (6) = | | | | | | | |
| 7. | | 2 min. | <input type="text"/> | - (6) = | | | | | | | |
| 8. | | 2 min. | <input type="text"/> | - (6) = | | | | | | | |
| 9. | | 2 min. | <input type="text"/> | - (7) = | | | | | | | |
| 10. | | 2 min. | <input type="text"/> | - (7) = | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Total Correct Score = | | | | | Total Initiation Time | Total Execution Time | Total Time | Total Time Violations | Total Rule Violations | | Total Stimulus Bound |
| (Number of problems solved in minimum move count) | | | | Total Move Score | | | | | (Type 1 + Type 2) | | |

BIBLIOGRAPHIE

- Alexander, M.P. (1995). Mild traumatic brain injury: pathophysiology, natural history and clinical management. *Neurology*, 45, 1253-1260.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistic manual of mental disorders*, (5th ed.). Washington, DC: APA.
- Barrett, D. H., Green, M. L., Morris, R., Giles, W. H. et Croft, J. B. (1996). Cognitive functioning and posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 153(11), 1492-1494.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Brown, G.K. (1996). *Beck Depression Inventory-second edition manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bélanger, H.G., Curtiss, G., Demery, J.A., Lebowitz, B.K. & Vanderploeg, R.D. (2005). Factors moderating neuropsychological outcomes following mild traumatic brain injury : A meta-analysis. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 11, 215-227.
- Biddle, D., Elliott, P., Creamer, M., Forbes, D. & Devilly, G.J. (2002). Self-reported problems: a comparison between PTSD-diagnosed veterans, their spouses, and clinicians. *Behavioral Research and Therapy*, 40 (7), 853-865.
- Bigler, E.D. (2004). Neuropsychological results and neuropathological findings at autopsy in a case of mild traumatic brain injury. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 10, 794-806.
- Bigler, E.D. (2008). Neuropsychology and clinical neuroscience of persistent post-concussive syndrome. *Journal of International Neuropsychological Society*, 14, 1-22.
- Binder, L.M., Rohling, M.L., & Larrabee, J. (1997). A review of mild head trauma. Part I: Meta-analytic review of neuropsychological studies. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 19, 421-431.
- Blake, D., Weathers, E., Nagy, L., Kaloupek, D., Klauminzer, G., Charney, D. et Keane, T. (1990) *Clinician Administered PTSD Scale (CAPS)*. Boston, MA, National Centre for Post-Traumatic Stress Disorder. Behavioral Science Division.
- Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Barton, K.A., Taylor, A.E., Loos, W.R. et Jones-Alexander, J. (1996). One-year prospective follow-up of motor vehicle accident victims. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 775-786.
- Bohnen, N., Twijnstra, A., & Jolles, J. (1992). Performance in the Stroop color word test in relationship to the persistence of symptoms following mild head injury. *Acta Neurol. Scand*, 85, 116-121.

- Bouchard, S. & Gauthier, J. (1990). *Traduction Française de la forme «Y» du «State-Trait Anxiety Inventory»*. Paper presented at the meeting of the SQRP.
- Borg, J., Holm, J.D., Cassidy & al. (2004). Diagnostic procedures in mild traumatic brain injury: Results of the WHO Collaborating Centre Task Force on Mild Traumatic Brain Injury, *Journal of Rehabilitation Medicine Supplement*, 43, 61-75.
- Boyer, R., Guay, S. et Marchand, A. (2006). Épidémiologie de l'ESPT dans la population générale. Dans S. Guay et A. Marchand (dir.). *Les troubles liés aux événements traumatiques. Dépistage, évaluation et traitements*. Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, chapitre 2.
- Branca, B. et Lake, A.E. (2004) Psychological and neuropsychological integration in multidisciplinary pain management after TBI. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 19 (1), 40-57.
- Bremner, J. D., Southwick, S.M. et Charney, D.S. (1999). The neurobiology of posttraumatic stress disorder : An integration of human and animal research. P.A. Saigh et J.D.
- Bremner (dir.) *Posttraumatic stress disorder : A comprehensive text*. Needham Heights, MA, Allyn et Bacon, 103-143.
- Brewin, C. R. (2001). A cognitive neuroscience account of post-traumatic stress disorder and its treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 373-393.
- Brewin, C. R., Andrews, B. et Rose, S. (1999). Fear, helplessness, and horror in posttraumatic stress disorder : Investigating DSM-IV criterion A2 in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 499-509.
- Brewin, C. R., Dalgleish, T. et Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychology Review*, 103 (4), 670-686.
- Broadbent, D.E., Cooper, P.F., FitzGerald, P. & Parkes, K.R. (1982). The cognitive failures Questionnaire (CFQ) and its correlates. *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 1-16.
- Brunet, A., St-Hilaire, A., Jehel, L., King, S. (2003). Validation of a french version of the Impact of Event Scale-Revised. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48 (1), 56-61.
- Bryant, R. A. (1996). Posttraumatic stress disorder, flashbacks and pseudomemories in closed head injury. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 621-629.
- Bryant, R.A. (2008). Posttraumatic stress disorder and mild brain injury: controversies, causes and consequences. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 23 (6), 718-728.

- Bryant, R. A. et Harvey, A.G. (1995). Acute stress response: A comparison of head injury and non-head injury clients. *Psychological Medicine*, 25, 869-874.
- Bryant, R. A. et Harvey, A.G. (1998a). Relationship of acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following mild traumatic brain injury. *American Journal of Psychiatry*, 155, 625-629.
- Bryant, R. A. et Harvey, A.G. (1998b). A comparison of traumatic memories and pseudo-memories in posttraumatic stress disorder. *Applied Cognitive Psychology*, 12, 81-88.
- Bryant, R. A. et Harvey, A.G. (1999a). The influence of traumatic brain injury on acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following motor vehicle accidents. *Brain injury*, 13, 15-22.
- Bryant, R. A. et Harvey, A.G. (1999). Postconcussive symptoms and posttraumatic stress disorder after mild traumatic brain injury. *The journal of Nervous and Mental Disease*, 187 (5) 302-305.
- Bryant, R. A. et Harvey, A.G. (2000). *Acute stress disorder: a handbook of theory, assessment and treatment*. American Psychological Association, Washington, DC.
- Bryant, R. A., Harvey, A.G. et Basten C. (1998). Treatment of acute stress disorder: A comparison of cognitive-behavioral therapy and supportive counselling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (5), 862-866.
- Bryant, R. A., Marosszeky, J. E., Crooks, J. et Gurka, J.A. (2000). Posttraumatic stress disorder following severe traumatic brain injury. *American journal of psychiatry*, 157, 629-631.
- Bryant, R. S., Marosszeky, J. E., Crooks, J., Baguley, I.J. et Gurka, J.A. (1999). Interaction of posttraumatic stress disorder and chronic pain following traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 14(6), 588-594.
- Bryant, R. S., Marosszeky, J. E., Crooks, J., Baguley, I. J. et Gurka, J. A. (2000) Coping style and post-traumatic stress disorder following severe traumatic brain injury. *Brain injury*, 14(2), 175-180.
- Bryant, R. A., Marosszeky, J. E., Crooks, J., Baguley, I. J. et Gurka, J. A. (2001). Posttraumatic stress disorder and psychosocial functioning after severe traumatic brain injury. *The journal of Nervous and Mental Disease*, 189 (2), 109-113.
- Bryant, R. A., Moulds, M., Guthrie, R. et Nixon, R. (2003). Treating acute stress disorder following mild traumatic brain injury. *American Journal of Psychiatry*, 160, 585-587.
- Burges, C. et McMillan, T.M. (2001). The ability of naïve participants to report symptoms of post-traumatic stress disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 209-214.

- Capuron, L., Welberg, L., Heim, C., Wagner, D., Solomon, L., Papanicolaou & al. (2006). Cognitive dysfunction relates to subjective report of mental fatigue in patients with chronic fatigue syndrome. *Neuropsychopharmacology*, 31, 1777-1784.
- Carroll, L.J., Cassidy, J.D., Peloso, P.M., Borg, J., Von Holst, H., Holm, L., Paniak, C & Pépin, M. (2004). Prognosis for mild traumatic brain injury: results of the WHO Collaborating Centre Task Force on Mild Traumatic Brain Injury, *Journal of Rehabilitation Medicine Supplement*, 43, 84-105.
- Cassidy, K. L. et Lyons, J. A. (1992). Recall of traumatic memories following cerebral vascular accident. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 627-631.
- Chamelian, L. & Feinstein, A. (2006). The effect of major depression on subjective and objective cognitive deficits in mild to moderate traumatic brain injury, *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 18 (1), 33-38.
- Chen, J.K., Johnston, K.M., Frey, S., Petrides, M., Worsley, K. & Pitto, A. (2004). Functional abnormalities in symptomatic concussed athletes: an fMRI study. *Neuroimage*, 22, 68-82.
- Creamer, M., Burgess, P. et Pattison, P. (1992). Reaction to trauma: A cognitive processing model. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 452-459.
- Crews, W. D. et Harrison, D. W. (1995). The neuropsychology of depression and its implication for cognitive therapy. *Neuropsychology Review*, 5, 81-123.
- Dalton, J. E., Pederson, S. L. et Ryan, J. J. (1989). Effects of posttraumatic stress disorder on neuropsychological test performances. *International Journal of Clinical Neuropsychology*, 11, 121-124.
- Danckwerts, A. et Leathem, J. (2003) Questioning the link between PTSD and cognitive dysfunction. *Neuropsychology Review*, 13(4), 221-235.
- Davey, G. C. L. (1989). UCS revaluation and conditioning models of acquired fear. *Behavior Research and Therapy*, 27, 521-528.
- Delis, D.C., Kaplan, E., & Kramer, J.H. (2001). *Delis-Kaplan Executive Function System*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Eysenck, M. W. (1992). *Anxiety: The cognitive perspective*. Hove, Lawrence Erlbaum Associates.
- First, M. B., Spitzer, R. L., M. et Williams, J. B. W. (1995). *Structured Clinical Interview for Axis I DSM-IV Disorders-Client edition*. New York, New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research Department.

- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M. & Williams, J.B.W. (2002). *Structured Clinical Interview for DSM-IV, Axis I Disorders, Research Version, Non-patient Edition*. (SCID-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Foa, E. B. et Riggs, D. S. (1995). Posttraumatic stress disorder following assault: Theoretical considerations and empirical findings. *Current directives in Psychological Sciences*, 4, 61-65.
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Massie, E. D. et Yarczower, M. (1995). The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 26, 487-499.
- Foa, E. B., Steketee, G. et Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualization of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155-176.
- Folzer, S. M. (2001). Psychotherapy with "mild" brain-injured clients. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71 (2), 245-251.
- Fisk, J.D., Ritvo, P.G., Ross, L., Haasse, D.A., Marrie, T.J. & Schlech, W.F. (1994). Measuring the functional Impact of fatigue: Initial validation of the Fatigue Impact Scale. *Clinical and Infectious Diseases*, 18 (Suppl. 1), S79-83.
- Friedland, J.F. & Dawson, D.R. (2001). Function after motor vehicle accidents: a prospective study of mild head injury and posttraumatic stress. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189 (7), 426-34.
- Gil, T., Calev, A., Greenberg, D., Kugelmass, S. et Lerer, B. (1990). Cognitive functioning in posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 29-45.
- Gillepsie, K., Duffy, M., Hackman, A. et Clark, D. M. (2002). Community based cognitive therapy in the treatment of post-traumatic stress disorder following the Omagh bomb. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 345-357.
- Grace, J. & Malloy, P.F. (2001). *Frontal Systems behavior Scale: Professional Manual*. Psychological Assessment Resources, Inc., Lutz: Florida, USA.
- Grey, N., Holmes, E. et Brewin, C. R. (2001). Peritraumatic emotional "hot spots" in memory. *Behavior and Cognitive Psychotherapy*, 29, 367-372.
- Gurvits, T.V., Gilbertson, M.W., Lasko, N.B., Tarhan, A.S., Simeon, D., Macklin, M.L. & al. (2000). Neurologic soft signs in chronic posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 57, 181-186.

- Gurvits, T. V., Lasko, N. B., Schachter, S. C., Kutine, A. A., Orr, S. P. et Pitma, K. (1993). Neurological status of Vietnam veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 5, 188.
- Harvey, A. G., Brewin, C. R., Jones, C. et Kopelman, M. D. (2003). Coexistence of post-traumatic stress disorder and traumatic brain injury: Towards a resolution of the paradox. *Journal of International Neuropsychological Society*, 9, 663-676.
- Harvey, A. G. et Bryant, R. A. (1998). Acute Stress Disorder following mild traumatic brain injury. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 333-337.
- Harvey, A. G. et Bryant, R. A. (1999). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: A 2-year prospective evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, (67(6), 985-988.
- Harvey, A. G. Et Bryant, R. A. (2000). A two-year prospective evaluation of the relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following mild traumatic brain injury. *American Journal of Psychiatry*, 157, 626-628.
- Harvey, A. G., Bryant R. A. et Tarrier, N. (2003). Cognitive behaviour therapy for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23, 501-522.
- Hibbard, M. R. Uysal, S., Kepler, K., Bogdany, J. et Silver, J. (1998). Axis I psychopathology in individuals with TBI. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 13, 24-39.
- Hickling, E. J., Gillen, R., Blanchard, E. B., Buckley, T. et Taylor, A. (1998). Traumatic brain injury and posttraumatic stress disorder: A preliminary investigation of neuropsychological test result in PTSD secondary to motor vehicle accidents. *Brain Injury*, 12, 265-274.
- Hoge, C.W., McGurk, D., Thomas, J.L., Cox, A.L., Engel, C.C. & Castro, C.A. (2008). Mild traumatic brain injury in U.S. soldiers returning from Iraq. *The New England Journal of Medicine*, 358(5), 453-463.
- Horowitz, M., Wilner, N. et Alvarez, W. (1979). Impact of event scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41 (3), 209-218.
- Hull, A. M. (2002). Neuroimaging findings in post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 181, 102-110.
- Isaac, C.L., Cushway, D. & Jones, G. (2006). Is posttraumatic stress disorder associated with specific deficits in episodic memory? *Clinical Psychology Review*, 26, 939-955.

- Johnsen, G.E., Kanagaratnam, P. & Asbjørnsen, A.E. (2008). Memory impairments in posttraumatic stress disorder are related to depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 22 (3), 464-474.
- Joseph, S. et Masterson, J. (1999). Posttraumatic stress disorder and traumatic brain injury: Are they mutually exclusive? *Journal of Traumatic Stress*, 12, 437-453.
- King, N. S. (2002). Perseveration of traumatic re-experiencing in PTSD; a cautionary note regarding exposure based psychological treatments for PTSD when head injury and dysexecutive impairment are also present. *Brain Injury*, 16 (1), 65-74.
- King, N.S., Crawford, S., Wenden, F.J., Moss, N.E. & Wade, D.T. (1995). The Rivermead Post Concussion Symptoms Questionnaire: a measure of symptoms commonly experienced after head injury and its reliability. *Journal of Neurology*, 242 (9), 587-592.
- Knight, J. A. (1997). Neuropsychological assessment in posttraumatic stress disorder. Dans J. P. Wilson et T. M. Keane (dir.). *Assessing Psychological Trauma in PTSD*. New York, Guilford Press.
- Knight, J. A. et Taft, C. T. (2004). Assessing neuropsychological concomitants of trauma and PTSD. Dans J. B. Wilson et R. J. Keane, T. M. (dir.). *Assessing Psychological Trauma in PTSD*. New York, Guilford Press.
- Lauterbach, D., Vora, R. & Rakow, M. (2005). The relationship between posttraumatic stress disorder and self-reported health problems. *Psychosomatic medicine*, 67, 939-947.
- Lees-Haley, P. R. et Dunn, J. T. (1994). The ability of naive subjects to report symptoms of mild brain injury, post-traumatic stress disorder, major depression and generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 50 (2), 252-256.
- Levine, H.S., Mattis, S., Ruff, R.M., Eisenberg, H.M., Marshall, L.F., Tabaddor, K., High Jr., Frankowski, R. (1987). Neurobehavioral outcome following minor head injury: a three-center study. *Journal of Neurosurgery*, 66, 234-243.
- Levine, J.D., Davis, J.T., Bigler, E.D., Thoma, R., Hill, D., Funke, M., Sloan, J.H., Hall, S., Orrison, W. (2007). Objective documentation of traumatic brain injury subsequent to mild head trauma: multimodal brain imaging with MEG, SPECT, and MRI. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 22 (3), 141-155.
- Max, J. E., Castillo, C. S., Robin, D. A., Lindgren, S. D., Smith, W. L., Sato, Y. Et Arndt, S. (1998). Posttraumatic stress symptomatology after childhood traumatic brain injury. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 589-596.
- Mayou, R., Bryant, B. Et Duthie, R. (1993). Psychiatric consequences of road accidents. *British Medical Journal*, 307, 647-651.

- McDermott, L.M. & Ebmeier, K.P. (2009). A meta-analysis of depression severity and cognitive function. *Journal of Affective Disorders*, 119, 1-8.
- McGrath, J. (1997). Cognitive impairment associated with post-traumatic stress disorder and minor head injury: A case report. *Neuropsychological Rehabilitation*, 7 (3), 231-239.
- McMillan, T. M. (1996). Post-traumatic stress disorder following minor and severe closed head injury: 10 singles cases. *Brain Injury*, 10, 749-758.
- McMillan, T. M. (2001). Errors in diagnosing post-traumatic stress disorder after traumatic brain injury. *Brain Injury*, 15 (1) 39-46.
- McNally, R. J., Kaspi, S. P., Riemann, B. C. Et Zeitlin, S. B. (1990). Selective processing of threat cues in posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 398-402.
- Merskey, H. (1992). Psychiatric aspects of neurology of trauma. *Neurology Clinics*, 10 (4), 895-905.
- Michiels, V. & Cluydts, R. (2001). Neuropsychological functioning in chronic fatigue syndrome: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 84-93.
- Moses, J. A. Et Maruish, M. E. (1988). A critical review of the Luria-Nebraska neuropsychological battery literature: V. Cognitive deficit in miscellaneous psychiatric disorders. *International Journal of Clinical Neuropsychology*, 60 (2), 63-73.
- Mylle, J. et Maes, M. (2004). Partial posttraumatic stress disorder revisited. *Journal of Affective Disorders*, 78, 37-48.
- Nelson, L.A., Yoash-Gantz, R.E., Pickett, T.C. & Campbell, T.A. (2009). Relationship between processing speed and executive functioning performance among OEF/OIF veterans: Implications for postdeployment rehabilitation. *Journal of Head Trauma and Rehabilitation*, vol. 24 (1), 32-40.
- Parker, R. S. (2002). Recommendation for the revision of DSM-IV diagnostic categories for co-morbid posttraumatic stress disorder and traumatic brain injury. *Neuro-Rehabilitation*, 17, 131-143.
- Pertab, J.L., James, K.M. & Bigler (2009). Limitations of mild traumatic brain injury meta-analyses. *Brain Injury*, 23 (6), 498-508.
- Pineau, H., Marchand, A., & Guay, S. (2010). *Specificity of cognitive and behavioural complaints in post-traumatic stress disorder and mild traumatic brain injury*. Manuscript submitted for publication.

- Pineau, H. (2006). État de stress post-traumatique et atteintes neurologiques: état des connaissances et implications cliniques en neuropsychologie. In S. Guay & A. Marchand (Ed.), *Les troubles liés aux événements traumatiques : Dépistage, évaluation et traitements* (pp. 279-305). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Povlishock, J.T., Katz, D.I. (2005). Update of neuropathology and neurological recovery after traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 20, 76-94.
- Ptito, A., Chen, J.K. & Johnston, K.M. (2007). Contribution of functional magnetic resonance imaging (fMRI) to sport concussion evaluation. *Neurorehabilitation*, 22 (3), 217-227.
- RAND Corporation. (2008). Invisible wounds of war: Psychological and cognitive injuries, their consequences, and services to assist recovery. T. Tanelian & L. H. Jaycox (Eds.). Santa Monica, CA.
- Ruff, R.M., Camenzuli, L. & Mueller, J. (1996). Miserable minority: emotional risk factors that influence the outcome of a mild traumatic brain injury. *Brain Injury*, 10, 551-565.
- Rutherford, W. H. (1989). Post concussive symptoms. Relationship to acute neurological indices, individual differences, and circumstances of injury. Dans H. S. Levin, J. Grafman et H. M. Eisenberg (dir.). *Neurobehavioral recovery from head injury*. New York, Oxford University Press, 217-228.
- Salewski, C., Thompson, W. et Gottesman, I. (1994). Comparison of neuropsychological test performance in PTSD, generalized anxiety disorder, and control Vietnam veterans. *Assessment*, 1, 133-142.
- Samuelson, K.W., Neylan, T.C., Metzler, T.H., Lenoci, M., Rothlind, J., Henn-Haase, C. & al. (2006). Neuropsychological functioning in posttraumatic stress disorder and alcohol abuse. *Neuropsychology*, 20(6), 716-726.
- Sbordone, R. J. et Liter, J. C. (1995). Mild traumatic brain injury does not produce posttraumatic stress disorder. *Brain Injury*, 9, 405-412.
- Schacter, D. L., Chiu, C. -Y. P. et Ochsner, K. N. (1993). Implicit memory : A selective review. *Annual Review of Neuroscience*, 16, 159-182.
- Schreiber, S. et Galai-Gat, T. (1996). *Intrusive memory of pain in posttraumatic stress disorder*. Résumé de présentation du Second World Conference of the International Society for Traumatic Stress Studies, Jerusalem.

- Schretlen, D.J. & Shapiro, A.M. (2003). A quantitative review of the effects of traumatic brain injury on cognitive functioning. *International Review of Psychiatry*, 15, 341-349.
- Sharp, T. J. (2004). The prevalence of post-traumatic stress disorder in chronic pain clients. *Current Pain and Headache Reports*, 8 (11), 111-115.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R., Vagg, P.R. & Jacobs, G.A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychological Press.
- Squire, L. R. (1992). Declarative and nondeclarative memory: Multiple brain systems supporting learning and memory. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 4, 232-243.
- Starr, A. J., Smith, W. R., Frawley, W. H., Borer, D. S., Morgan, S. J., Reinert, C. M. et Mendoza-Welch, M. (2004). Symptoms of posttraumatic stress disorder after orthopaedic trauma. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 86-A (6), 1115-1121.
- Stulemeijer, M., Vos, P.E., Bleijenberg, G., Van der Werf, S.P. (2007). Cognitive complaints after mild traumatic brain injury : Things are not always what they seen, *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 637-645.
- Sumpter, R.E. & McMillan, T.M. (2006). Errors in self-report of post-traumatic stress disorder after severe traumatic brain injury. *Brain Injury*, vol. 20 (1), 93-99.
- Tanielian, T. & Jaycox, L.H. (2008). *Invisible wounds of war: psychological and cognitive injuries, their consequences, and services to assist recovery*. Santa Monica, CA: RAND Corporation.
- Tarrier, N., Sommerfield, C., Pilgrim, H. et Faragher, B. (2000). Factors associated with outcome of cognitive-behavioural treatment of chronic post-traumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 191-202.
- Taylor, S., Fedoroff, I. C., Koch, W. J., Thordason, D. S., Fecteau, G. et Nicki, R. M. (2001). Posttraumatic stress disorder arising after road traffic collisions: Patterns of response to cognitive-behavior therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 541-551.
- Trudeau, D.L., Anderson, J., Hansen, L.M., Shagalov, D.N., Schmoller, J., Nugent, S. & Barton, S. (1998). Findings of mild traumatic brain injury in combat veterans with PTSD and a history of blast concussion. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 10 (3), 308-313.
- Vanderploeg, R.D., Belanger, H.G. & Curtiss, G. (2009). Mild traumatic brain injury and posttraumatic stress disorder and their associations with health symptoms. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90, 1084-1093.

- Vasterling, J. J., Duke, L. M., Brailey, K. J., Constans, J. I., Allain, A. N. et Sutker, P. S. (2002). Attention, learning, and memory performances and intellectual resources in Vietnams veterans: PTSD and non disorder comparisons. *Neuropsychology*, 16, 5-14.
- Warden, D. L., Labbate, L. A., Salazar, A. M., Nelson, R., Sheley, E., Staudenmeier, J. et Martin, E. (1997). Posttraumatic stress disorder in clients with traumatic brain injury and amnesia for the event? *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 9, 18-22.
- Watson, C. G., Juba, M. P., Manifold, V., Kucala, T. et Anderson, PED. (1991). The PTSD interview: Rationale, description, reliability, and concurrent validity of a DSM-III-based technique. *Journal of Clinical Psychology*, 47, 179-188.
- Weiss, D.S. & Marmar, C.R. (1997). The Impact of Event Scale-revised. In J.P. Wilson and T.M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD: A practitioner's handbook* (pp. 399-411). New York, USA: Guilford Press.
- Williams, W. H., Evans, J. J. et Wilson, B. A. (2003). Neurorehabilitation for two cases of post-traumatic stress disorder following traumatic brain injury. *Cognitive Neuropsychiatry*, 8 (1), 1-18.
- Williams, W. H., Evans, J. J., Wilson, B. A. et Needham, P. (2002). Prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms after severe traumatic brain injury in a representation community sample. *Brain Injury*, 16 (8), 673-679.
- Wolfe, J., et Charney, D. S. (1991). Use of neuropsychological assessment in posttraumatic stress Disorder. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 3 (4), 573-580.
- Zakzanis, K.K., Leach, L., & Kaplan, E. (1999). Mild traumatic brain injury. In *Neuropsychological differential diagnosis* (pp. 163-171). Exton, Pennsylvania: Swets & Zeitlinger.
- Zeitlin, S. B. et McNally, R. J. (1991). Implicit and explicit memory bias for threat in posttraumatic stress disorder. *Behavior Research and Theory*, 29, 451-457.
- Ziino, C. & Ponsford, J. (2006). Selective attention deficits and subjective fatigue following traumatic brain injury. *Neuropsychology*, vol. 20 (3), 383-390.